

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de ITR



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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1048 CONTA: 32525

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CML) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 2019
Circular DIREG – 015/2019

Aos
Corretores Parceiros

REF: Revisão dos documentos de Sinistros DPVAT - Registro de Ocorrência, Comprovante de Ato Declaratório, Comprovante de Residência, Declaração de Proprietário, Boletim de Atendimento Médico, Laudo do IML, Declaração de Inexistência do Laudo do IML e Pedido do Seguro DPVAT-testemunhas.

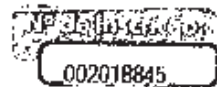
Com objetivo de simplificar o processo dos sinistros administrativos, novos procedimentos devem ser observados, conforme o quadro a seguir:

Documento:	De:	Para:
Registro de Ocorrência Policial	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Comprovante do Ato Declaratório	Exigido para acidentes declarados com data superior a 30 dias	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Comprovante de Residência.	Contas de consumo emitidas em até 180 dias	Qualquer comprovante de residência, sem prazo de validade
Declaração de Proprietário de Veículo	Exigido para coberturas DAMS e Invalidez com acidentes envolvendo motocicletas	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Boletim de Atendimento Médico	Emitido no dia do acidente	Emitido em até 72 horas da data do acidente
Laudo do IML	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Declaração de Inexistência do Laudo do IML	03 opções de motivos para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT	Opção única de motivo para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT

Os novos procedimentos passam a vigorar para sinistros avisados:

- a) A partir do dia 30/09/2019; ou
- b) Anteriores a 30/09/2019 (novos pendenciamentos).

Todas as comunicações relacionadas aos documentos e procedimentos aqui citados ficam alteradas ou revogadas quanto à sua forma e seu conteúdo, conforme a seguir:



DADOS DO CLIENTE

Nome: JOAO MEHDES DA SILVA

End. Leitura: RUA IPANÉRI ST-13, 780, D. PRAIA DO FUTURO II

Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

Cidade:

Local:

ODI

Setor: 013

Subsetor: 00

Quadra: 0067

Subquadra: 00

Lote: 0062

Comp: 0001

CEP: 60163-017

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	019H250729	22	35	13	10

DATAS

Leitura Atual: 05/10/2019

Leitura Anterior: 06/09/2019

Emissão: 05/10/2019

Próxima Leitura: 07/11/2019

Lacre Água: 3697901

Lacre Engate:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

Nº de Amostras	Classe	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 15 m³ | META: 12 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Engate (m³)
ÁGUA	42.76	Mês/Ano		
MULTA DE 2%	0.57	out/18	17	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0.05	nov/18	9	0
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	5.78	dez/18	11	0
		jan/19	11	0
		fev/19	13	0
		mar/19	9	0
		abr/19	7	0
		mai/19	9	0
		jun/19	12	0
		jul/19	9	0
		ago/19	13	0
		set/19	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PTS	0.47	VALOR DO SERVIÇO	59.83
COFINS	2.35	VALOR DO SUBSÍDIO	10.67
		VALOR TOTAL A PAGAR	49.16

MÊS/ANO

10/2019

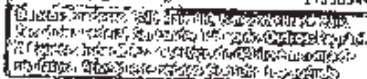
VENCIMENTO

21/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

49,16

I:356344093721464 E:8066 N:1:41:40 R:086 P:001



Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Agências Reguladoras: Fortaleza: ARCE - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 303 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 376 3838. Dúvidas e reclamações: 155 Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Para informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br, ou pelo e-mail: atendimento@cagece.com.br, de 8h às 17h e 13h às 17h.



1147434

Campanha de vacinação

04-812275

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO DE FORTALEZA

1000-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
JOÃO MENDES DA SILVA
FONE

DATA DO CADASTRO
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 72557451304; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96002124844

NOME DO RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

CE
60.183-017

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
05/06/1952 (67 ANOS)

Nº DO PROPRIETÁRIO
5164141

SEXO
M

NOVE MÃE

MARIA MENDES DA SILVA

Nº DO RH
377517

RACIA COR
PARDO

ENDEREÇO
RUA IPAMERI 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO
CONTATO

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
ABALROAMENTO

QUEIXA
ACIDENTE MOTO ANIMAL LUXAÇÃO NO JOELHO E E ESCORAÇÕES

SINTOMAS

NI

SINAIS VITAIS

SAT O2
N1%

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

PESO
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VEROE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
23/10/2019 12:13:57

ÁREA ATENDIMENTO

4. ATENDIMENTO
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Refus o dente de mola há 1 semana.
trazido pelo SMC de cons. Reforço dor intensa
joelho E.

DIAGNÓSTICO

COO PROCEDIMENTO

CID

SOLICITAÇÃO

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

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO

Rx do joelho @ A e P

(74)

RECIBO DE PAGAMENTO
DE 15.900,00 em 15/10/2019

TIPO DE ALTA SAÍDA

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR em 23/10/2019 12:13:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

04.885.197/00012-01

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Dom João José, Coelho 1573

Messejana - Cep: 60.864-810

Cocorá

JOÃO MENDES DA SILVA

CONFERE COM ORIGINAL
25/11/20
D. Aguiar

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSÉ MENDES DA SILVA

6 - Nº PRONTUÁRIO

518491

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

D. MARIA DA SILVA

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. SP4402, N. 180 - B. 12 DO FURTO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

14 - CDD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE RANALTO TIBIAL D
UD ± 6 DIAS DON E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

18 - COMENTÁRIOS JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES

19 - PRAZOS

20 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R50106MFD

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Pâncreo

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

TO

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

RETIVO

29 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/10/19

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CDDR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

45 - CDD ORGÃO EMISSOR

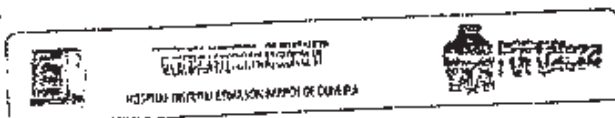
46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Dom João da Tomaz Coelho 1570
Fortaleza - Cep: 60.864-810
Fortaleza - CearáCOPIAR COM ORIGINAL
25/11/19
D. Silva

GRUPO DE TRABALHO - ANH-688



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL
5164141

PACIENTE <i>Paulo Mendes da Silva</i>		ENTERMIA: <i>II</i>		LEITO: <i>36</i>
DATA OPERAÇÃO <i>06/11/19</i>		1º AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		
2º AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		3º AUXILIAR:		
ANESTESISTA: <i>Dr. Diana</i>		TIPO DE ANESTESIA:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura do joelho ea</i>				
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>Osteotomia + artroscopia</i>				
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:				
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:				
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:				
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS LIGATURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPÉ:
Quiladas gerais de anestesia e antibioticoprofilaxia. Incisão no terço da coxa ea. Incisão lateral do joelho ea com abordagem visualizar redução e sintese de placa. Placa total ea com artroscopia com placa eu 1 e parafusos suturados. Placa por placa durante oclusão e tração final de

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcanti-Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDIMELSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tamez Coelho 1573
Messejana - C.p. 00.804-010
Fortaleza - Ceará

Grat. HDERO - F.ME-Depto

CONFERE COM ORIGINAL
25/11/19
Dulcineia

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

IDENTIFICAÇÃO
JOAO MENDES DA SILVA

REGISTRO DE PESSOA FISICA (CPF): 72557451304; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96002124844

ENDEREÇO
RUA (PAMERI) 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO

CIDADE
FORTALEZA

CEP
60.183-017

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
05/06/1952 (67 ANOS)

ENDEREÇO
RUA (PAMERI) 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO

CÓDIGO

N. DO PRONTUÁRIO
5164141

SEXO
M

NOME
MARIA MENDES DA SILVA

N. DO BE
377517

TACACOR
PARDO

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE MOTO (ANIMAL LUXAÇÃO NO JOELHO E E ESCORAÇÕES

MOTIVO
ABALROAMENTO

ESCALA DE DOP
99 (ADULTO)

DIAGNÓSTICO
MI

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

PLS
NI

GLICEMIA
NI

ALTURA
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
23/10/2019 12:13:57

ÁREA ATENDIMENTO

EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Reflexo do dente de leite há 1 semana.
Foi pido pelo SMC de cor. Reforço dos dentes
postos E.

EXATIDÃO

COD. PROCEDIMENTO

CID

EXATIDÃO

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO

Receita de pílulas A e P

(9W)

TIPO DE ATIVIDADE

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

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

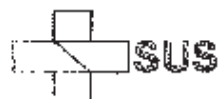
CARDIO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR em 23/10/2019 12:13:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

JOAO MENDES DA SILVA

25.11.19
D. L. M. S.



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO MENDES DA SILVA

6 - Nº PRONTUÁRIO

516191

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

06/06/1952

9 - SEXO

Masculino ☐ Feminino ☒

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

JOAO MENDES DA SILVA

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. D. A. D. 1 - 180 - 1212 60 FURTO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

14 - CDD. SIGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE RÔTULO TIBIAL D
10 ± 6 DIAS DON E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

18 - OUTROS

JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

Risco de Complicações

19 - FOL

20 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAFIA

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura do RÔTULO

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CUNTA

10

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DEFINIR

29 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/10/19

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. JOAO MENDES DA SILVA
15/07/1952
12/07/1952

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNRE EMPRESA

42 - CDD

43 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - PREVIDÊNCIA

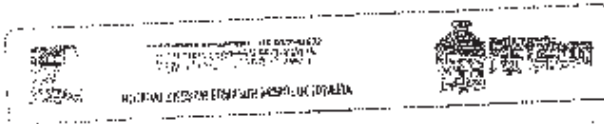
47 - CDD

48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - DATA DO DOCUMENTO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

GRANDE DO CARNE-ALB-200



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

5164141

NOME: <i>João Afonso da Silva</i>		ENFERMARIA: <i>II</i>		LEITO: <i>36</i>
DATA DE NASCIMENTO: <i>06/11/19</i>		1º AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		
2º AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:
NOME DO CIRURGIÃO: <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		TIPO DE ANESTESIA:		
HISTÓRICO PRE-OPERATÓRIO: <i>Tratado de glicose e</i>				
INDICAÇÃO: <i>ulceras + celulite</i>				
HISTÓRICO PÓS-OPERATÓRIO:				
HISTÓRICO RESUMO PATOLÓGICO:				
HISTÓRICO RESUMO DO ATUAL:				
OBSERVAÇÕES DURANTE A OPERAÇÃO:				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - FATO E TÉCNICAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP

Realizado pela Dr. Paulo de Tasso e assistido por Dr. Paulo de Tasso. Foi realizada a drenagem de uma coleção purulenta localizada no terço da coxa direita. Foi realizada a drenagem e a sutura da ferida. Foi realizada a drenagem e a sutura da ferida. Foi realizada a drenagem e a sutura da ferida.

Dr. Paulo de Tasso
Cirurgião Geral
CRM 1985

Grat. HDEP - 100 - Des.

25-12-19
D. Paulo de Tasso



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRICTUAL COMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

5164 144

PACIENTE	Nome: <i>Almeida</i>
ENDEREÇO	
UNIDADE	
ENFERMARIA	23111111
LEITO	36
INÍCIO DO TRATAMENTO	23/11/11
DATA DA ALTA	08/11/11
DATA DO RETORNO	23/11/11
CAUSA PARA RETORNO	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Opaco

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	<i>Infecção fúngica</i>
ANEXOS	
EXAMES	
REALIZAÇÕES	<i>NO</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Comp

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Amil + Hib

CONDIÇÃO DE ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBITOS ☐ OUTROS

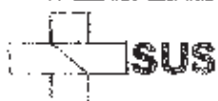
OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

18/11/11

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☐ 11

Feminino ☒ 12

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE FURCULA TIBIAL D
LH ± 6 DIAS DOR E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

18 - JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

Risco de Complicação

19 - Nº

20 - TIPOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAMA

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - BÔNUS

36 - ORIENTE DE TRÁNSITO

37 - ORIENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNES EMPRESA

40 - CEP

41 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - VALIDAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

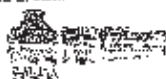
49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

51 - DATA DO DOCUMENTO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ESTAB. DE DO-ORAM-AM-50



MOTRICULA NO HOSPITAL

27644

Ant. Mendes da Silva

Journal of Management Education

66-1113

UNIT REVIEW:



LEITO

36

27. $\frac{1}{2} \sqrt{10} \sqrt{10}$

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

STUDY OF THE OPEN AND CLOSED

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

TABLE 2. OPERATIONAL

1981: 412 RIG MEDIO PAOLO GISTIA

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 105–112

1.3.3.2.2. A OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁCTICO E TÉCNICAS DE DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP

Unidade geral de absorção e nutrição
- Impulso humano ao longo do eixo
- Locomoção lateral do zóteo e com odo-
- rantes reduzidos e síntese de
- Haptan 5-6 e com atraindo
- com placa em L e pnafeos su-
- plas por plas, linstm oculto
- e talo fuso de

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM-1985

06-08-2017 14:09

75-4 05 25 100

[illegible]

Journal of Management Education 30(6)p.789-804
© The Author(s) 2006. Reprints and permissions:
<http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

Schizothorax, 60%.

1051

GAIL HUBER

..G..D..

25-74
Duly 19

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
JOAO MENDES DA SILVA		
DOC EM TIPO DE / CÓDIGO INTERIOR DE		
96002124044	SSP CE	
CM	DATA NASCIMENTO	
725.574.513-04	06/06/1952	
FAMÍLIA		
FRANCISCO GOMES DA SILVA		
MARIA MENDES DA SILVA		
INSCRIÇÃO	RG	CPF
06024686741	19/12/2021	16/03/2014
OBSERVAÇÃO:		
SEM OBSERVAÇÃO:		
Assinatura do Portador		
JOAO MENDES DA SILVA		
LOCAL	DATA EMISSÃO	
PORTALEZA, CE	21/12/2018	
41038445618		
CE168458314		
CEARÁ		



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

725.574.513-04

Nome

JOAO MENDES DA SILVA

Nascimento

06/06/1952



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



CE

NOME
JOAO MENDES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
96002124844 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
725.574.513-04 06/06/1952

FILIAÇÃO
FRANCISCO GOMES DA
SILVA
MARIA MENDES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06024686741

VALIDADE
19/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/03/2014

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

João Mendes da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/12/2018

Igor Vasconcelos Pontes
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

41038445618
CE168458314

CEARÁ

DENATRAN COMEFAN

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1664331305



PROIBIDO PLASTIFICAR
1664331305

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº 0153B4401374
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTRE EXERCÍCIO
DIE 1 477570267 0000000000 2012

NOME
JOSÉ MENDES DA SILVA
FORTALEZA / CE

CPF / CNPJ 72557451304 PLACA OIM1065/CE

PLACA ANT / UE 902HE0210CR027302

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP100 ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP / POT / cil 2P/0CV/97CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1	+	+/+/+/+	+
P	+	+/+/+/+	+
V	+	+/+/+/+	+
A	+	+/+/+/+	+

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 50.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 26/03/2012

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
FORTALEZA 09/09/2012

Suplente do Registrador

CE Nº 0153B4401374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

72557451304 OIM1065 / CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15384401374

65695384006

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2012 09/09/2012

VIA 1 CPF / CNPJ 72557451304 PLACA OIM1065

RENAVAM 477570267 MARCA / MODELO HONDA/POP100

ANO FAB 2012 CAT. FEE 09 Nº CHASSI 902HE0210CR027302

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$) 36.05 DERATAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 COTA ÚNICA 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/08/2012

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTOR: HB02E1C027302



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

Nº 015384401374

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 1 - COD. RENAVAM - 000000000000 - EXERCÍCIO - 2013
2013

NOME - JORGE MENDES DA SILVA

FORALLEIA / CE

PLACA ANT / UF - 2557451304 - CHASSI - 9C2HE0210CR027302

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA ANT / UF - 2557451304 - CHASSI - 9C2HE0210CR027302

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, GU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 015384401374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2557451304

2557451304

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1304

15384401374

65895384006

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

2557451304

015384401374

RECIBO CE Nº

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0443018/19

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

CPF: 725.574.513-04

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 17/10/2019

Titular do CPF: JOAO MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO MENDES DA SILVA : 725.574.513-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: JOAO MENDES DA SILVA
CPF: 725.574.513-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOAO MENDES DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JOAO MENDES DA SILVA**

DATA DO ACIDENTE **17/10/2019** CPF DA VÍTIMA **725 574 513 04**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARARENTESCO COM

A VÍTIMA É **RUA IPAMERI, 780 - PRAIA DO FUTURO**

ENDEREÇO DO PORTADOR **FORTALEZA** BAIRRO

Nº **COMPLEMENTO** UF **CEP**

CIDADE **TELEFONE ()**

E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DEPENDÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

22/01/2020

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

Anderson Silva

Andressa D'Alva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044597 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS). PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443018/19

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

CPF: 725.574.513-04

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO MENDES DA SILVA : 725.574.513-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: JOAO MENDES DA SILVA
CPF: 725.574.513-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOAO MENDES DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037343/20

Número do Sinistro: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do acidente: 17/10/2019

CPF: 725.574.513-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO MENDES DA SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

ATENÇÃO

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

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

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

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: 19/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01048

CONTA: 000000032525-9

Nr. da Autenticação 38DB5B176D202BF3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1048 CONTA: 32525

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CML) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
--	---

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



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA

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 Investprev 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



Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOAO MENDES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001048**

Conta: **0000032525-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 72557451304 Nome completo da vítima: João Mendes da Silva

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

Nome completo: João Mendes da Silva CPF: 72557451304
Profissão: ambulante Endereço: R. pernambuco Número: 780 Complemento: _____
Bairro: Phaia do futuro Cidade: Fontaléza Estado: CE CEP: 60183017
E-mail: _____ Tel. (DDD): 85 85434261

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1048 13 CONTA: 32525 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Fontaléza 28 novembro 2019
Nome: João Mendes da Silva
CPF: 72557451304

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
João Mendes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o Incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1048 CONTA: 32525 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CML) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vitrosos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Boletim de ocorrência nº 2019865002

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4079 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/11/2019 15:46:35**
Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2019 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DIOGUINHO, VICENTE PINZON - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO MENDES DA SILVA**
Nascimento: **06/06/1952** CPF: **725.574.513-04**
RG: **96002124844** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA IPAMERÍ, 780**
Bairro: **PRAIA DO FUTURO**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF:

CE

CEP:

Telefone: **8715-5200**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIM1065** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2HB0210CR027302** Renavam: **477570267** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO MENDES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDAPOP 100, PLACA OIM1065, PELA AVENIDA DIOGUINHO, QUANDO UM JUMENTO PASSOU NA FRENTE DO VEICULO, QUE VEIO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE O DECLARANTE VEIO A SOLO, SENDO SOCORRIDO POR UM TRANSEUNTE; QUE SUA FILHA LHE SOCORREU, EM SEGUIDA, LEVANDO-LHE PARA A UPA DA PRAIA DO FUTURO E, EM SEGUIDA, PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA; QUE AFIRMA TER SOFRIDO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES, E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 27/11/2019 15:56:41

Pág. 1 de 1

Impresso em: 27/11/2019 15:56:41



ATENTÇÃO - Certifico que esta cópia reproduzida é reprodução fiel do original que se foi apresentado, por fé.
Fortaleza, 28 de novembro de 2019. Em testemunho da verdade.
CLAUDIA MARIA DA SILVA LIMA (Escriturante)
Valor Total R\$ 2,56. Válido somente com o selo de autenticidade



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4079 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/11/2019 15:46:35**
Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2019 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DIOGUINHO, VICENTE PINZON - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO MENDES DA SILVA**
Nascimento: **06/06/1952** CPF: **725.574.513-04** UF:
RG: **96002124844** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA IPAMERÍ, 780**
Bairro: **PRAIA DO FUTURO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **98543-4261**
País: **BRASIL** Telefone: **8715-5200 98422-5401**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIM1065** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2HB0210CR027302 Renavam: **477570267** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012**
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
JOAO MENDES DA SILVA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
COLISAO

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDAPOP 100, PLACA OIM1065, PELA AVENIDA DIOGUINHO, QUANDO UM JUMENTO PASSOU NA FRENTE DO VEICULO, QUE VEIO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE O DECLARANTE VEIO A SOLO, SENDO SOCORRIDO POR UM TRANSEUNTE; QUE SUA FILHA LHE SOCORREU, EM SEGUIDA, LEVANDO-LHE PARA A UPA DA PRAIA DO FUTURO E, EM SEGUIDA, PARA O HOSPITAL FROTEINHA DE MESSEJANA; QUE AFIRMA TER SOFRIDO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Mendes da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

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