

---

**Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190560651**

**Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA**

**Data do Acidente: 04/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA**

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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

Data do Acidente: 04/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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, 20 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190560651**

**Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA**

**Data do Acidente: 04/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA**

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



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190560651

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

Data do Acidente: 04/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GLAYDSON SILVA MAIA**

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 dos ombros

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: **GLAYDSON SILVA MAIA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003281**

Conta: **0000047634-9**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Escolha (apenas uma) das opções: ☐ DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do acidente ou ASU: 602-289-773-83 3 - CPF da vítima: 602-289-773-83 4 - Nome completo da vítima: Glaydson Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA, BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: Glaydson Silva Maia 6 - CPF: 602-289-773-83  
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA JOSÉ RES GUADALUPE 172 9 - Número: 172 10 - Complemento: ALTOS  
 11 - Bairro: PARQUE GUADALUPE 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61548-030  
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 65 3381-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 25 ANOS DO INACAPZ 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 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA COMPA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)  
☐ CONTA POLIPLACA (Conta para os bancos de Antares e Antares) ☒ CONTA CORRENTE (Banco em linha)  
☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (300) ☐ Banco do Brasil (000) ☐ Caixa Econômica Federal (000)  
 Nome do BANCO: Santander  
 AGÊNCIA: 3398 ☐ CONTA: 11001239 ☐ 5

Antes de assinar, leia atentamente as condições de indenização do Seguro DPVAT, de acordo com o valor de indenização/montante do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo a planilha, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualque total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IML - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou responsável por apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, como testes, desde já, pois me submeto à avaliação médica do Instituto Médico Legal (IML) para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.051/66, art. 2º, § 1º, declarando que esta informação não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou médica do IML, caso decida do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DANOS BENEFICIÁRIOS - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou comprovado(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo: 28 - Nome da vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

Tenho ciência de que o Segurado LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, incluindo nome, idade, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legítimo do quem assina a seguinte perícia:

35 - CPF legítimo do quem assina a seguinte perícia:

36 - Assinatura do quem assina a seguinte perícia:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha:

37 - Local e data:

Assinatura do representante legal (ou do IML):

40 - Assinatura do Procurador (se houver):

41 - Assinatura do Representante Legal (ou do IML):



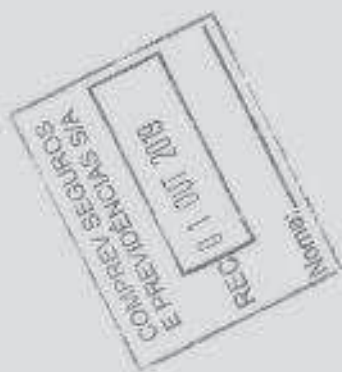
# Santa

Desbloqueie o seu  
cartão no app



ou em nossas  
Caixas Eletrônicas

VISA





**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 301 - 3612 / 2018****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO****Data / Hora da Comunicação: 20/08/2018 09:04:55****Data / Hora da Ocorrência: 04/01/2018 08:30:00****Endereço da Ocorrência: AVENIDA MISTER HULL****Complemento:****Bairro: ANTONIO BEZERRA****Município: FORTALEZA/CE****Ponto de Referência: EM FRENTE A RODOVIARIA****Dados da(s) Vítima(s)****Nome: GLAYDSON SILVA MAIA****Nascimento: 01/05/1984 CPF: 005.589.773-83****RG: 2002018000425 Orgão Emissor: SSPDS****Filiação: MARIA IVETE SILVA MAIA****JOSE GADELHA DAS NEVES MAIA****Endereço: RUA PEDESTRE C, 172 ALTOS****Bairro: JUREMA****Município: CAUCAIA/CE****País: BRASIL****Telefone: (85) 98668-5183****UF: CE****CEP: 61.648-030****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: HWY5538 Uf: CE Município: CAUCAIA Chassi:****9C2KC08205R004979 Renavam: 838158790 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano****Fabricação: 2004 Ano Modelo: 2005 Combustível: GASOLINA Cor:****AZUL Proprietário: GLAYDSON SILVA MAIA Situação: NÃO****INFORMADO Envolvimento: COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HWY-5538-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. MISTER HULL NA FAIXA DO MEIO; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO INVADIU A FAIXA EM QUE ESTAVA A MOTO DA VITIMA NA VIA, OCASIONANDO A COLISÃO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****Pág. 1 de 2****Impresso em: 20/08/2018 09:15:21**



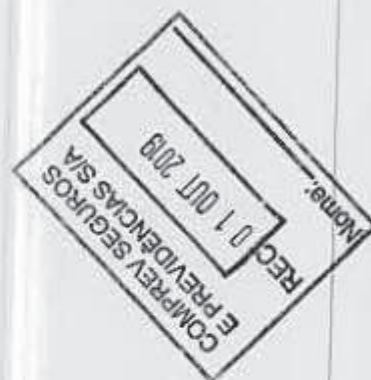


**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3612 / 2018**

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





Escolha (apenas uma) das opções: ☐ DANOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do acidente ou ASU: 602-289-773-83 3 - CPF da vítima: 602-289-773-83 4 - Nome completo da vítima: Glaydson Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMILIA DE RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA, BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: Glaydson Silva Maia 6 - CPF: 602-289-773-83  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUACCT RES GUADALUPE 9 - Número: 112 10 - Complemento: ALTOS  
11 - Bairro: PARQUE GUADALUPE 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61548-030  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 65 3381-6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 25 ANOS DO INACAPZ 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 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA COMPA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POLIPLACA (Conta para os bancos de Antares e Antares) ☒ CONTA CORRENTE (Banco em linha)  
☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (300) ☐ Banco do Brasil (000) ☐ Caixa Econômica Federal (000)

AGÊNCIA: 3398 0001239 05  
Informe o dígito de verificação: Informe o dígito de verificação: Informe o dígito de verificação: Informe o dígito de verificação:

Antes de assinar, leia atentamente as condições de indenização do Seguro DPVAT, de acordo com o valor de indenização/montante do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo a planilha, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualque total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IML - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA CONCLUSÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou responsável por apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, como testes, desde já, pois me responsabilizo a avaliação médica do IML para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.051/74, art. 2º, § 1º, declarando que esta informação não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou médica do IML, caso decida do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DANOS BENEFICIÁRIOS - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA CONCLUSÃO DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou comprovado(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou comprovado(a): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou comprovado(a): ☐ Sim ☐ Não

Tenho ciência de que o Segurador LIDER pagará, caso devesse, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, incluindo nome, idade, de que natureza a indenização ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da imposição de multa por infração do artigo 259 do Código Penal.

34 - Nome legítimo do quem assina a seguinte declaração:

35 - CPF legítimo do quem assina a seguinte declaração:

36 - Assinatura do quem assina a seguinte declaração:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha:

37 - Local e data:

Assinatura do titular/beneficiário do seguro DPVAT:

40 - Assinatura do Procurador (se houver):

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):



# Santa

Desbloqueie o seu  
cartão no app

Santander  
Way

ou em nossas  
Caixas Eletrônicas

Por onde a vida acontece

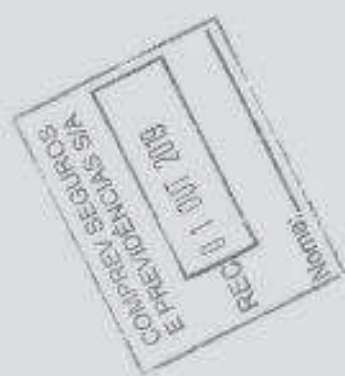
Atendimento 24 horas

Atendimento em português

Atendimento em espanhol

Atendimento em inglês

VISA





# 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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: GLAYDSON SILVA MAIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281


CONTA: 000000047634-9

---

Nr. da Autenticação 2AEEE68B11EDFD63





 <b>Prefeitura de Fortaleza</b>		<b>REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>HOSPITAL DIST TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA</b>		<b>SUS</b>
<b>REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL</b>				
<b>IDENTIFICACAO</b> <b>CLAYDSON SILVA MAIA</b> <small>CADUS</small>		<b>DADOS PESSOAIS</b> <small>Nº DO PRONTUARIO</small> 322900 <small>Nº DO B</small> 191364 <small>RAÇA</small> BR <small>OCUPACAO</small> PARADO		
<b>ENDEREÇO</b> <b>MARIA IVETE SILVA MAIA</b> <b>RUA 1070 122 CONJUNTO CEARÁ</b> <small>CORR</small>		<small>DATA DO ATENDIMENTO</small> 01/05/2018 <small>HORA DO ATENDIMENTO</small> 08:43 (33 ANOS) <small>SEXO</small> M <small>CIDADE</small> FORTALEZA <small>UF</small> CE <small>CEP</small> 60.833-100		
<b>LOCAL DA OCORRÊNCIA E TRANSPORTADO(A) DO(A) DOENTE</b>				
<b>QUEIXA</b> <b>CONSULTA COM ROBERTO MENDES</b>				
<b>DIAGNÓSTICO</b> <b>AVILIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA</b>				
<b>ESCALA DE DOR</b> <b>99 (ADULTO)</b>				
<b>RESUMO</b> <b>NI MO</b> <b>TEMPERATURA</b> <b>NI °C</b> <b>PLACAGEM</b> <b>AZUL</b>		<b>EXAME FÍSICO</b> <small>RESPIRACAO</small> NI <small>HEMORRAGIA</small> NI <small>DIAPHRAGMA</small> NI <small>ABDOMEN</small> NI <small>EXTREMIDADES</small> NI <small>REFLEXOS</small> NI <small>CONSCIENTE</small> NI		
<b>RESPONSABILIDADE DO(A) RESPONSÁVEL</b> <b>ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS</b>				
<b>DATA E HORA DO ATENDIMENTO</b> <b>04/01/2018 12:03:01</b>				
<b>ATENDIMENTO</b> <b>TRAUMATOLOGIA</b>				
<b>ATENDIMENTO MÉDICO</b>				
<p><i>verificar o olho E</i> <i>22 olho E NP</i></p>				
<b>DIAGNÓSTICO</b> <b>COE PROCE - EMENTE</b>				
<b>EXAME DE LABORATORIO</b> <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> BDOMIAL <input type="checkbox"/> TC CRAIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS				
<b>INDICAÇÃO MÉDICA</b>				
<b>MEDICAMENTOS</b> <i>Medicamentos prescritos</i>		<b>APRESENTAÇÃO</b> <i>Infusão para</i> <i>curar</i>		
<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b> <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS				
<b>DESTINO DO CORPO</b> <input type="checkbox"/> FAN <input type="checkbox"/> ELIA <input type="checkbox"/> INL <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL				

Impresso por ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS em 04/01/2018 às 12:03:01

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo toda a responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 298 do Código Penal.

30 30 90 22 7

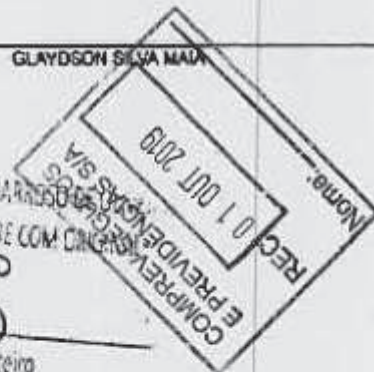
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
 ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro  
 Mat. 763

CLAYDSON SILVA MAIA

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

Emanuelle Monteiro  
 Mat. 763





Operatório

HOSPITAL DE PONTALIZA - SECRETARIA REGIONAL SAUDE  
RUA DO COMENDADOR JOSE GOMES DE ALMEIDA  
CENTRO DE PONTALIZA  
Cidade de Pontal - SP - 13.200-000 - Fone 065-222-1111

**REGISTRO DE EMERGÊNCIA**

Prontuário N.º:  
**322 000**

Paciente: **GLOYDSON SILVA MOTA**

Data da Operação: **18/01/11** Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Operador: <b>[Assinatura]</b>	1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: <b>Dr. Hildebrando Melo Neto CRM: 3199 TEOT - 11.956</b>	3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____	Anestesiista: _____

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré-operatório: **Luxação do ombro com**

Tipo de Operação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-operatório: **sem**

Relatório Imediato Patologista: \_\_\_\_\_

Exame Radiológico no ato: \_\_\_\_\_

Acidente durante a operação: \_\_\_\_\_

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infetada

**Descrição da Cirurgia**

Via de acesso - Tática e Técnica Ligadura Trenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

**Obs: 1º - 2º - 3º - 4º**

**Comprimido 2 - 3 - 4 - 5**

**incisão no ombro e punho**

**relatório e encaminhamento com um anexo**

**envio + tipo de**

**Dr. Hildebrando Melo Neto  
CRM: 3199 TEOT - 11.956**

**COMP. REG. DE EMERG. 18/01/11**

**Nome: \_\_\_\_\_**

**REC. 11/01/11**

**COMP. REG. DE EMERG. 18/01/11**

**Dr. Hildebrando Melo Neto  
CRM: 3199 TEOT - 11.956**



12700020346

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AV. Celso de Faria nº 1.127 - Península - CEP 64.011-900

Fortaleza  
Telefone: (85) 3335-7222

CENTRO DE REGISTRO E REGULARIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - ROR - ROR

## LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2318101513574

UNIDADE HOSPITALAR  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRACGC / CNPJ  
07.835.044 / 0002-61

## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

TE DA MAE

1. ☒ MASC3. ☐ FEM2. ☐ SEGURADO4. ☐ CONJUGE6. ☐ FILHO8. ☐ OUTRO DEP.

MARIA IVETE SILVA MAIA

## DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

04/01/2018

Dr. João Francisco B. L. L. Mourão  
Diretor Clínico HDMa JBO  
CRM 3632

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em fratura aberta de fêmur  
esquerdo com hemostase de urgência

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura aberta

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx e ed. fêmur

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura aberta de fêmur

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA3. ☐ CLÍNICA MÉDICA5. ☐ PSIQUIÁTRICA8. ☐ OUTROS2. ☐ OBSTÉTRICA4. ☐ TISIOPEUMOL6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

4606

Dr. Roberto M. S. Rodrigues  
Ortopedia - Trauma  
CRM 4600

04

01

2018

Emanuella Monteiro  
Méd 763



**FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**  
**SAME**

051140:

Gleydon Silva Maia

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		108	04/01/2018	

**ANOTEM-SE:** diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhado da assinatura e timbre do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
------	----------

## EVOLUÇÃO

01 Porti Interests

3018

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

09/01/2018 - To Capt. [illegible] [illegible], [illegible]  
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]  
I, [illegible] [illegible].

156 Gleyson P Moura  
Enfermeiro  
COREN - CE: 485.463

09/01/2018  
2:20 pm

Capacete montado, físico, admissão no Posto I com HD de gaturá de elancula esquerda. Acima desta aberta alim-  
vares fisiológicos presentes. Nejc Alergis  
Neja Dm e HAS. Segue no eudod.

Armed M. 1011  
Enfermeiro  
COREN - GE 235066

10/01/84

Permet external

Daniel Ayres Moraes Statista  
Médico  
Oncologia e Traumatologia  
CRM-MEC: 13413

10/01/18 G.S.M., ♂, 33g, com lio. Fratura de clavicula  
na mela Esq. articulação comunita, sendo do  
do ambiente. Apênd. seu crescimento, após  
de discussões para cirurgia.

Emanuele D'Amico

Met. 753



11/01 # Juv. Acomodado

1001 ADONIA UNABIA

Dr. Antonio L. V. Gonçalves  
Ortopedista  
Grupo de Trabalho  
CRM 12447/01-1001

11/01/18 G.S.M., 33 anos, MO: Fratura de clavicula E. Evolu-  
 HT 10.6 do grupo. Apresenta um os fraturado. Tinha dieta ve-  
 niente. Placa cirurgica presente. Siga sob  
 os cuidados da equipe.

Enfermeira  
 COREN 149112

12/01/18  
 9  
 12/01/18

12/01/18 G.S.M., 33 anos, MO: Fratura de clavicula e costela  
 31 consuetudo, orientado, UNABIA, afébril, com quadro  
 18 de dieta e necessidade fisiológicas presentes e  
 normais. Siga os cuidados da equipe.

Enfermeira  
 COREN 149112

13/01/18  
 9  
 13/01/18

13/01/18 Enfermeira  
 10/18 G.S.M., 33 anos, MO: Fratura de clavicula E. Evolu-  
 consuetudo, orientado, UNABIA, afébril, com quadro  
 de dieta e necessidade fisiológicas presentes e  
 normais. Siga os cuidados da equipe.

Enfermeira  
 COREN 149112

14/01/18  
 9  
 14/01/18

15/01/18  
 18  
 15/01/18

Dr. Antonio L. V. Gonçalves  
 Médico Ortopedista  
 CRM 12447/01-1001

CRM - MÉDICO (A)

REC 01 OUT 2019  
 COOPREV SEGUROS  
 PREVIDÊNCIAS S/A  
 Nome: \_\_\_\_\_



**FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE**  
**SAME**

since:

Clayton Silver mine

Prontuário

## Enform.

## Lotto

Data Internacional

### Diagnóstico

04 107 12018

**ANOTEM-SE:** diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
15	G.S.M. O. 33 anos, AD. Fratura de clavícula
01	E. Evolução satisfatória, montado, veia- lyada, suprimido, albu, normal.
18	Exame, normalizado. Segue em nova aguardando cirurgia.
16	
01	
18	
16/01/18	Enfermagem
17	G.S.M. O. 33 anos com HD. Fratura de clavícula e distúrbio cardíaco, outco- ren quises, transtornado, outco- peiride, agorade dessor para um giz.
17/01/18	Claydson, 33 anos, HD. Fra- 7.30 tipo de clavícula E. Evolu- Hemodinamicamente, estável, per- to, outco, outco, em temp. 38.5 com moléculas. Squared, 10.5 O.D. suprimido. 1.5 para outco. 1.5 sente outco, outco.
17/01/18	Ex de torçã (C) Aguardando cirurgia

Emanuelle Montoro

Mat. 753

Daniel A. Swartz, MD  
Medicine  
Orthopedics & Traumatology  
Fellowship in Sports Medicine

## Procedures



# EVOLUÇÃO

DATA

18

01

18

075 075

Dr. Valdir de Azevedo  
CRM: 3199 REOT 11.958

18/01/18 Clayton, se tornou do 2.º ao 09:40 mt, após  
por os membros claviculares E. consuntos, orientando  
supinatus, segue em observação.

19

01

Alta

19/01/18

09h 09h pte obtive Alta Hospital da  
Esque  
Ent



CRM - MÉDICO (A)

Emanuel Monteiro  
Mat 763



Fortaleza

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

**PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

SANE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

11:  
12:  
13:  
14:

CURTO: 2200  
P.A.: 120/80  
TEMP.: 36,2  
P./MIN.: -  
MLV./MIN.: -

SINAIS VITAIS

NOME: CLAYTON SILVA ALMEIDA IDADE: 33a ENF.: LEITO: 108 Nº. PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HISTÓRICO DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Incl. J. Dieta)
07/01	<u>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</u> Ortopedia - Traumatologia CR214960		SN 09/01/18 Corrente Ortopédica UH-1 diagnóstico de fratura de tíbia e fêmur da perna esquerda com lesão de ligamentos cruzados e lesão de menisco anterior. Solicita-se cirurgia de urgência.	
01			SN 09-01-18 20h paciente admitido no posto I procedente da emergência com hematoma, com fratura verificada, após duta a especialidade de ortopedia, segue em dia de adm.	84953

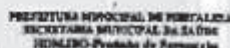
HOSPITAL DISTRICTO II - N.º 1000  
AV. JOSE DE ALMEIDA, 1000 - F.º 1000

60

Assinatura: \_\_\_\_\_

REC-01 OUT-2018  
COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS S/A  
Nome: \_\_\_\_\_



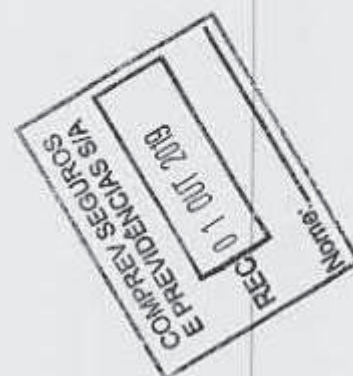


SAME - Serviço de Arguimento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
08:			

	SINAIS VITAIS		
HORÁRIO:			
P.A.:			
TEMP.°:			
P/MIN.:			
M.V. / MIN.:			

[illegible]







RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Gleydson  
Silva Vieira sofreu trauma  
no antebraço com luxação  
do osso do carpo esquerdo  
04/01/2018 submetido a tra-  
tamento cirúrgico com  
placa e parafusos para  
fixar o osso. Inicialmente  
funcional do antebraço  
30% para a mobiliza-  
ção e limitação dos mo-  
vimentos e dor na região  
distal.

Dr. João Batista Gomes da Silva  
Médico - CRM: 5155  
CPF: 228.725.923-91

Fortaleza,

08/02/2020



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



JOSE ROBERTO SILVA MOTA



CPF 000.000.000-00

DATA NASCIM 11/07/1984

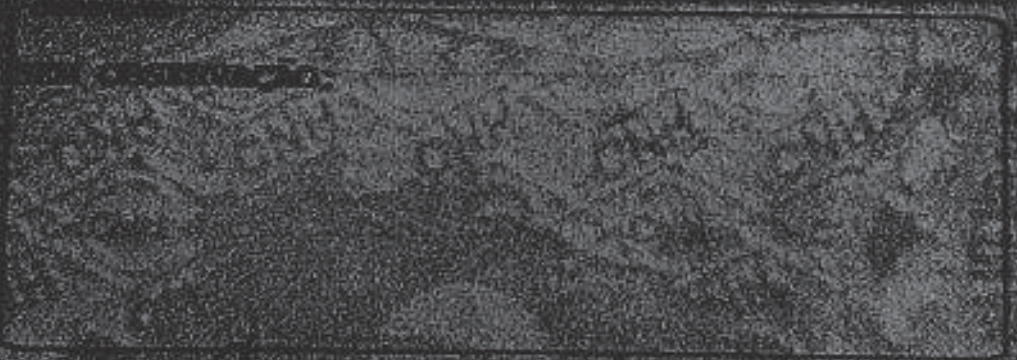
ENDEREÇO RUA DAS FLORES

CIDADE FORTALEZA - CE

CEP 01000-000

DATA EXPIRACAO 11/07/2007

11/07/2007



11/06/2008

15887258116

CEP 02000-000

CEARA

CEARA

CEARA

CEARA

CEARA

CEARA

REC 01 11/07/2008  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

Nº 014414874765

DETTRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLT 01 B3H158790 0000000000 2018

NOME  
GLAYDSUN SILVA MATA

CAUCAIA /CE

CPF / CNPJ  
00558977383

PLACA  
HWY5538/CE

PLACA ANT / UF  
/CE

CHASSI  
9C2KC08205R004979

ESPÉCIE TIPO  
MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA / MODELO  
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.  
2004

ANO MOD.  
2005

CAP / POT / CIL  
2P/14CV/149CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
AZUL

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	*****,**	**/**/**	1* *
	FAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *
	*****	*****,**	3* *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
180.65	0.70	185.50	19/09/2018

OBSERVAÇÕES

EXISTEM MULTAS SUB JUDICE: \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LOCAL  
CAUCAIA

DATA  
02/10/2018



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 005.589.773-83 4 - Nome completo da vítima: Glaydson Silva Maia

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

5 - Nome completo: Glaydson Silva Maia 6 - CPF: 005.589.773-83  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUACCS RES GUADACA JARA 9 - Número: 112 10 - Complemento: ALTOS  
11 - Bairro: PARQUE GUADACA J 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61548-030  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85 98781-6626

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ 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

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 (Somente para os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3081 CONTA: 047634  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão  
original da  
assinatura  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339307/19

Vítima: GLAYDSON SILVA MAIA

CPF: 005.589.773-83

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAYDSON SILVA MAIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

GLAYDSON SILVA MAIA : 005.589.773-83

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/10/2019  
Nome: GLAYDSON SILVA MAIA  
CPF: 005.589.773-83

GLAYDSON SILVA MAIA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339307/19

**Número do Sinistro:** 3190560651

**Vítima:** GLAYDSON SILVA MAIA

**CPF:** 005.589.773-83

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 04/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLAYDSON SILVA MAIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020  
Nome: GLAYDSON SILVA MAIA  
CPF: 005.589.773-83

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

GLAYDSON SILVA MAIA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190560651 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLAYDSON SILVA MAIA **Data do acidente:** 04/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 13/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190560651 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLAYDSON SILVA MAIA **Data do acidente:** 04/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 12/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 dos ombros	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-0339307/19

**Vítima:** GLAYDSON SILVA MAIA

**CPF:** 005.589.773-83

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 04/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLAYDSON SILVA MAIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**GLAYDSON SILVA MAIA : 005.589.773-83**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/10/2019  
Nome: GLAYDSON SILVA MAIA  
CPF: 005.589.773-83

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

GLAYDSON SILVA MAIA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339307/19

**Número do Sinistro:** 3190560651

**Vítima:** GLAYDSON SILVA MAIA

**CPF:** 005.589.773-83

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 04/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GLAYDSON SILVA MAIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020  
Nome: GLAYDSON SILVA MAIA  
CPF: 005.589.773-83

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

GLAYDSON SILVA MAIA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA