

Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude de faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, portador do RG 2303021078845, inscrita no CPF 026.557.355-07, no dia 13/07/18, às 22h03, no município de Quixadá/CE, na rua dos Voluntários - Centro, vítima de Acidente com Motocicleta, sendo removido para a UPA Quixadá e em seguida para o IFF - Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, \_\_\_\_\_ Maria das Graças Fernandes Gomes, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 08 de agosto de 2018

Maria das Graças Torres  
ASSESSORA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ  
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce  
Fone: (85) 3433 7434

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07862

CONTA: 000000012216-0

---

Autenticação:

BEAC7C23898214BFDA506D945D4AD8F78A597DB4BB693F8D62C55E3A9590A5DE



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, JZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ

RG nº 2006 015 147 894, data de expedição 27/09/2006

Órgão SSPD - CE, portador do CPF nº 017.456.643-35

com domicílio na cidade de QUIXADÁ, no Estado de CEARÁ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CEDRO NOVO REPARTIDOR, nº S/N

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

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

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, cujo o condutor era

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN EST Ano: 2012/2012

Placa: DIA 0906 Chassi: 9C2 KC 1670 CR 567407

Data do Acidente: 13/07/2018

Local e Data: QUIXADÁ - CEARÁ, 17 DE MAIO DE 2019

Jzabel Cristina Silva de Queiroz  
Assinatura do Declarante

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

Investprev Seguradora S/A

20 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, IZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ

RG nº 2006 015 147 894, data de expedição 27/09/2006

Órgão SSPD - CE, portador do CPF nº 017.456.643-35

com domicílio na cidade de QUIXADÁ, no Estado de CEARÁ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CEDRO NOVO REPARTIDOR, nº S/N

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

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

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, cujo o condutor era

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN EST Ano: 2012/2012

Placa: OIA 0906 Chassi: 9C2 KC 1670 CR 56 7407

Data do Acidente: 13/07/2018

Local e Data: QUIXADÁ - CEARÁ, 17 DE MAIO DE 2019

IZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ

Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A

30 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ  
Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá  
Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renascer)

Re: 2008022078845

Nº Atendimento / Classificação

098

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 19:09 Data de atendimento: 13/03/19  
Atendimento: ( ) 1º atendimento ( ) 2º Atendimento ( ) Previdenciário ( ) Outro

TRIAGEM

Hora: 19:10 Temp: 30°C P.A.: 120/80 mmHg P: 89 bpm SpO2: 99% Dx: 159 mg/dl

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Pedro Paulo Martins Teixeira

Responsável (se menor):

Sexo: (x) Masc. ( ) Fem. Data de nascimento: 20/02/86 Idade: 32 Nacionalidade: Brasileira

Estado civil: (x) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) Profissão: Açougueiro

Categoria: (x) SUS ( ) Outro RG/Cartão SUS: 510155 Procedência: Quixadá/CE

Residência: R. de Lourençiana nº 206, Campo Novo

ATENDIMENTO

Queixa principal: TCE

Histórico atual:

Exame(s) solicitado(s): Sinais vitais, 201

Assinatura: Carimbo Médico

Assinatura: Carimbo Médico

RGES



Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

1. Sea 1000000 500 500
2. Distance from 500 500
3. Distance from 500 500
4. Distance from 500 500

Distance from 500 500

Distance from 500 500

Distance from 500 500



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5443 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252684-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]==

Número Data Hora Convênio Classificação  
211821033102 16/07/2018 11:38 SUS RJE - SMS  
Gratuito de Atendimento SISREG AIH  
UFGENCIA  
Origem do Paciente Clínica/Especialidade  
IUF CLÍNICA MÉDICA/NEUROLOGIA  
Médico Solicitante Médico Responsável  
732 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE CARVAL 732 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE CARVAL  
Procedimento Solicitado Dias  
0303040002 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU M 7  
===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome Sexo  
PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA MASCULINO  
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião  
26/02/1986 32 Anos PARDA SOLTEIRO(A) NÃO INFORMADO  
Mãe Pai  
MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA  
Conjuge Responsável Prontuário  
FRANCISCO LAERSON MARTINS TEIXEIRA 2446935  
CNS Registro Documento Informado  
700055268419905 201802570903018 RG: 2003021078645 Emissão: 13/02/2012  
País Município de Naturalidade CEP  
BRASIL QUIXADA/CE 63900-000  
Município de Residência Logradouro  
QUIXADA/CE RUA DA LAVANDERIA  
Número Complemento Bairro  
23. A CAMPO NOVO  
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência  
(34)9944.87262 (35)9968.96651  
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)  
AUTÔNOMO / MOTOCICLISTA NO TRANSPORTE DE DOCUMENTOS E PEQUENOS VOLUMES

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito  
FRANCISCO LAERSON 503/2  
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 07  
Atendente: helena Data: 16/07/2018 Hora: 11:46:24 Tempo: 00:08:21  
===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

FRANCISCO LAERSON MARTINS TEIXEIRA, abaixo assinado responsável pelo paciente PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento indicado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 16 de junho de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



PRESCRIÇÃO MÉDICA  
NÚMERO 20180209020755

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

\*\*\*\* DATA 15/07/2018 LEITO: 503/2 \*\*\*\*

NOME	Sexo	Nascimento	Idade	Registro	Religião
PEDRO PAULO MARTINS DEIXEIRA	MASCULINO	26/02/1985	32 ANOS	201902570093918	NÃO INFORMADO
Intervenção	Data	hora	Convenio	Clinica/Especialidade	Posto de Enfermagem
2018021902192	16/07/2018	11:38	SUS	CLÍNICA MÉDICA/NEUROLOGIA	POSTO DE ENFERMAGEM 07

EVOLUÇÃO

PACIENTE, 32 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 13/07/2018, COM TCE, APRESENTANDO PERDA DA CONSCIÊNCIA POR APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS PARA ATENDIMENTO NO ICF, ONDE REALIZOU TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU: FRATURA CRANIANA PARIETOTEMPORAL DIREITA COM EXTENSÃO PARA MASTÓIDE IPSILATERAL; FOCO DE CONTUSÃO HEMORRÁGICA TEMPOROPARIETAL A ESQU CIRCUNDADOS POR EDEMA, FISSURA S E CIS ERNAS PRESERVADAS; LINHA MEDIA CENTRADA; INTERNA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS OU ALIM. ENTRES. NEGA COMORBIDADES. NEGA USO CONTINUO DE MEDICAÇÕES. REFERE CEFALÉIA LÉVE NO MOMENTO, REFERE TONTURA LEVESEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO. AO EXAME: REG. AAA, EUPNEICO, NORMORECADO, PUNCO COOPERATIVO, ALGO DESORIENTADO. PUPILA ESQUERDA FOTOTRÁGENTE. REFLEXO EM RESIÇÃO DIREITA DA PUPILA DIREITA. ACOMPANHANTE REFERE TRATAR-SE DE PROBLEMA OCULAR DE INFÂNCIA. AC: RCR, 2T, 3VF, SEM SOBROSAP. NVU+. SEM RAEXTR: PERFUNDOAS, SEM EDEMA

ITEM DA PRESCRIÇÃO

APRESENTAMENTO

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÕES/OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM

1) DIETA LIVRE

2) DILPIRINA 100 500MG 2ML 1 AMP + SORO FIS.

3) DOLGIC 0,5% 10ML 2 AMP (IV) 8/8h SE DOR OU

PERMEIÇÃO >37,7°C

4) BROMOPRIDA 100 5MG/ML 2ML 1 AMP + AGUA

5) DOLGIC 0,5% 10ML 2 AMP (IV) 8/8h SE DOR OU

6) OL VOM. 05

7) PARALIN 100 100MG/2ML 1 AMP + SORO FISIOLOG.

8) DOLGIC 0,5% 10ML 1 PR (IV) 8/8h SE DOR FORTE

9) FENITOINA 100 100MG 1 COMP (VO) 8/8h

10) CETOPROFENO 50MG 1 COMP (VO) 12/12h

11) CASSIOLA ELEVADA E CENTRADA

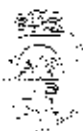
12) CANTOFRIL 25MG 1 COMP (VO) SE PA >100/160

13) 100/160

14) CEGE + SSVV

Dr. Esio Pessoa Caracás de Souza  
Médico  
CREMEC 18.902

ESIO PESSOA CARACÁS CRM 18902



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará  
Coordenação de Regulação, Avaliação e Controle  
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AII  
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12500056720  
NÚMERO DA AII: 2318102906650

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNESP/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2322146 - I.P. INSTITUTO DR. JOSÉ PROTÁ CENTRAL  
CNESP/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSPITAL DISTRITAL DE FERNANDES TAVORA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNP/PACIENTE: 700005265419305 - PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1966 - 30 anos

NOME DA MÃE: MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA

NOME DO RESPONSÁVEL: HOSPITAL

ENDEREÇO: DISTRITO DE PLACAS Nº 00

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231141 - QUIXERAMOBIM

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

ZAPRO: URUQUE

CEP: 63830000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: 3062 - TUMOR BENIGNO CEREBRAL, DIFUSO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 030340092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AII EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 921016002956331 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE CARVALHO FILHO

CLÍNICA: CLÍNICO - CLÍNICA GERAL

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 15/07/2018 - 19:40 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 15/07/2018 - 16:59

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APlica

HOSPITAL DISTRITAL DE FERNANDES TAVORA  
EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL



DADOS DO PACIENTE

Nome	Nascimento	Sexo	Idade
EDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA	26/02/1986	MASCULINO	32 anos
CPF	CNS	Registro	Local
000.000.000-00	700003288418908	201802570003018	POSTO DE ENFERMAGEM 07. 503/2

### EVOLUÇÕES - DATA 22/07/2018 ###

22/07/2018 10:33:06	P. P.M.T. 32 ANOS, MASCULINO, HD: TCE POR QUEDA DE MOTO. EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA, GLASGOW 14. EUPNEICO EM AR AMBIENTE. AVP EM MISO (19/07/18) PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ACEITA DIETA POR VO. PELE ÍNTEGRA PARA LPP. DIURSE E EVACUAÇÕES PRESENTES NO PERÍODO. SEGUE NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, SEM QUEIXAS. SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	PATRICIA XIMENES PONTES CORENICE 605813
22/07/2018 15:46:08	#FISIOTERAPIA# (0302060222) ADMISSÃO PCTE P. P.M.T. 32 ANOS, PROVENIENTE DO NE COM HD: TCE POR QUEDA DE MOTO. EVOLUI ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COOPERATIVO. DEAMBULA SOZINHO. APRESENTA PARALISIA FACIAL A DIREITA. EUPNEICO EM AR AMBIENTE. AP: MVA 3/4. SINAIS: SPO2: 87%, TEMP 36,7°, FC: 58, FR: 18, FA 120x70. REALIZO ADMISSÃO DE FISIOTERAPIA E EXERCÍCIOS FACIAIS.	CINTHIA MARIA DE LIMA GRANJEIRO CREFITEC 203484-F




Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

**PADRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**



CPF: 2063021075848 - SSP/CE  
Data Nascimento: 26/02/1986  
Nação: FRANCISCO AUGUSTO  
FRANCLAY TEIXEIRA  
MARIA ELZETE MARTINS  
TEIXEIRA

Validade: 13/02/2012

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1277056056

FORNECIDA PLASTIFICADA

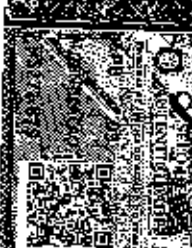
**PADRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

CPF: 2063021075848 - SSP/CE  
Data Nascimento: 26/02/2016  
36215971507  
04152601082

DELETAÇÃO DE DADOS

ORIGEM: 3º OFÍCIO - Ass. Técnica  
Autentico a presente cópia a qual  
conforme com o original.  
O referido é verdade. Dou fé.  
Juizada-CE. 07/08/2018

3º Tabelião Público



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES



ARTÓRIO 3º OFÍCIO - AUTENTICAÇÃO  
Autêntico a presente cópia a qual  
confero com o original.  
O referido é verdade. Dou fé.  
Quixadá-CE, 04/04/19

SEÇÃO OPERACIONAL DE LIDOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS TRANSPORTADAS OUBRO - SEGURADORA DPVAT

CE Nº 0135667361550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	11/08/2017
017 01745664333	01A0906
00472015537	HONDA/CB 150 FAN EST
2012	09
902K01670CR567407	

PRÊMIO TARIFÁRIO

INSC (R)	PREMIUM DIS	CLASSE DO SEGURO (R)
B1,25	9,05	90,33
SCORING DO BILHETE (R)	IDE (R)	VALOR DO PRÊMIO (R)
4,18	0,7	195,5
COBERTURA	INTEGRAL	DATA DE EMISSÃO
		10/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CEPV 05.263.600001-04

VEÍCULO: KCJ16E7C567407

01899

CONTABIL

CONTABIL

DETALHE	Nº
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	0135667361550
PPT 01	00476015537
0000000000	2017

IZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ
01745664333
01A0906/CE
902K01670CR567407

HONDA/CB 150 FAN EST
2012
2012

2P/00V/14900
PARTIC
VERMELHA

VEICULO	VEICULO
VEICULO	VEICULO
VEICULO	VEICULO

VEICULO	VEICULO
VEICULO	VEICULO
VEICULO	VEICULO

01745664333
01A0906/CE
902K01670CR567407

Assinatura



Registro N. **786749 / 2019**

Digitacao: 19/02/2019 (DANIELLE.SAMPAIO)  
Livro: 67 Pagina:189

Enviar para **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

**EXAME SEGURO DPVAT - SANIDADE**

Em 22 de janeiro de 2019, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO** CREMEC Nº: 13793

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT - SANIDADE) em

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

a fim de ser atendida a requisição de nº 68 / 2019, emitida pelo (a) **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 14:40h de 22/01/2019 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando relata que sofreu acidente de trânsito (queda de motocicleta) fato ocorrido dia 13.07.2018. Refere que sofreu traumatismo crânio-encefálico com sequelas de paralisia facial a direita e hipoacusia (perda auditiva) a direita. Porta boletim de atendimento da Unidade de Pronto Atendimento em Quixadá datado de 13.07.2018, assinado pela dra. Jussara Cartaxo - CREMEC ilegível que diz: "TCE". Refere ainda fratura na clavícula direita. Recebeu tratamento conservador. Porta relatório médico datado de 20.01.2019, assinado pelo dr. Alan Cidrão - CREMEC 19182 (Neurologista), que diz: "apresentou contusão cerebral e paralisia facial periférica traumática". Apresenta ainda atestado médico datado de 07.02.2019, assinado pelo dr. Felipe Paiva - CREMEC 12.430 (Otorrinolaringologista), que diz: "audiometria compatível com perda auditiva mista em ouvido direito sugestiva de lesão/sequela decorrente de trauma". Ao exame: verifica-se paralisia hemi-facial direita.

**RESPOSTA AOS QUESITOS**

QUESITO ÚNICO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Ouvido direito. Dano corporal segmentar por perda auditiva a direita, mensurada em 20%.

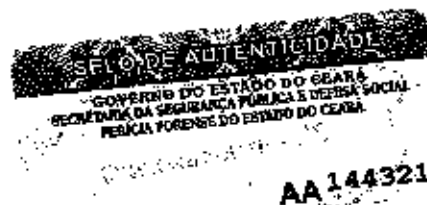
Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

  
Dra. Samia Carvalho  
Médica  
SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO CREMEC 13.793  
CREMEC Nº: 13793

Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código 786749/2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190288465 **Cidade:** Quixadá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craneoencefálico com contusões hemorrágicas temporo-parietais à esquerda. Fratura parieto-temporal direita com extensão para mastoide ipsilateral.

**Descrição do exame físico:** Vítima refere dor aos movimentos do ombro direito além de redução da audição à direita e perda total da visão à direita. Discreta paralisia facial periférica à direita. Audiometria de 07/02/2019 do Dr. Felipe Paiva (mencionado no IML em anexo ao processo), relata: "perda auditiva mista em ouvido direito sugestiva de lesão/sequela decorrente de trauma"

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador de todas as lesões, evoluindo sem complicações com alta hospitalar e orientações de acompanhamento ambulatorial.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima é portadora de leucocoria desde a infância, sem relação com o trauma em questão. Vítima apresenta uma discreta limitação dos movimentos do ombro direito. É descrito no laudo do IML (baseado num laudo apresentado pela vítima) ter havido uma fratura da clavícula direita. Não existe, na documentação médica emitida pelo Hospital Dr. Fernandes Távora, menção à fratura da clavícula e portanto essa informação não foi levada em consideração.  
A redução da acuidade auditiva está incluída no dano craniofacial.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136850/19

**Número do Sinistro:** 3190288465

**Vítima:** PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

**CPF:** 026.557.353-07

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/07/2018

**Titular do CPF:** PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA : 026.557.353-07**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019  
Nome: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA  
CPF: 026.557.353-07

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190288465**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R DA LAVANDERIA, 231, CS A - CPO NOVO - Quixadá - CE - CEP 63905465**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2003021078845**

Data e local do acidente: [ **13/07/2018** ] **Centro de Quixadá**

Data e local do exame: [ **30/07/2019** ] **Limoeiro do Norte** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Traumatismo cranioencefálico com contusões hemorrágicas temporo-parietais à esquerda. Fratura parieto-temporal direita com extensão para mastoide ipsilateral.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Vítima refere dor aos movimentos do ombro direito além de redução da audição à direita e perda total da visão à direita. Discreta paralisia facial periférica à direita. Audiometria de 07/02/2019 do Dr. Felipe Paiva (mencionado no IML em anexo ao processo), relata: "perda auditiva mista em ouvido direito sugestiva de lesão/sequela decorrente de trauma"*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Tratamento conservador de todas as lesões, evoluindo sem complicações com alta hospitalar e orientações de acompanhamento ambulatorial.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Dano cranio facial*

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas cranio faciais**

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

*Vítima é portadora de leucocoria desde a infância, sem relação com o trauma em questão. Vítima apresenta uma discreta limitação dos movimentos do ombro direito. É descrito no laudo do IML (baseado num laudo apresentado pela vítima) ter havido uma fratura da clavícula direita. Não existe, na documentação médica emitida pelo Hospital Dr. Fernandes Távora, menção à fratura da clavícula e portanto essa informação não foi levada em consideração. A redução da acuidade auditiva está incluída no dano craniofacial.*



Carlos Virgílio de Andrade Chaves - CRM: 10790 - CE

---

**Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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, 25 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 03 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190288465**

**Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 13/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288465

Vítima: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 7862

Conta: 0000012216-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

026.557.353-07

Nome completo da vítima:

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

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

Nome completo:

PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

CPF:

026.557.353-07

Profissão:

Endereço:

RUA DA LAVANDERIA

Número:

231

Complemento:

A

Bairro:

CAMPO NOVO

Cidade:

QUIXADÔ

Estado:

CE

CEP:

63905-465

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ REQUISO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 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 POUANÇA (Somente para assinantes 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: 7862

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 12216

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 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 realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peio motivo assinado, 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. 5º, §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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ NãoVítima 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.

Local e Data: QUIXADÔ, 23 DE ABRIL DE 2019

Nome: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

CPF: 026.557.353-07

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

\* PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Investprev Seguradora S/A

Assinatura

23 ABR 2019

2ª Nome:

CPF:

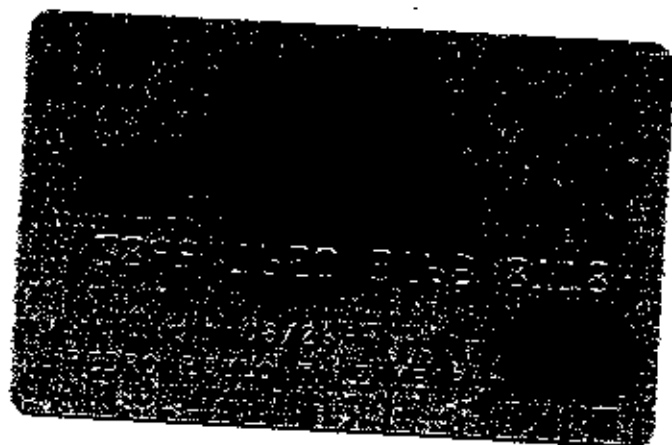
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: **3190 288465** CPF da vítima: **026.557.353-07** Nome completo da vítima: **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

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

Nome completo: **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA** CPF: **026.557.353-07**

Profissão: **DESEMPREGADO** Endereço: **RUA DA LAVANDERIA** Número: **231-A** Complemento:

Bairro: **CAMPO NOVO** Cidade: **QUIXADÁ** Estado: **CEARÁ** CEP: **63.905-465**

E-mail: **mancelamarcidino@hotmail.com** Tel. (DDD): **(88) 99705-9393**

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITAU**

AGÊNCIA: **7862** CONTA: **12216**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: **QUIXADÁ - CEARÁ, 17 DE MAIO DE 2019**

Nome: **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

CPF: **026.557.353-07**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**\* PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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.

Investprev Seguradora S/A

20 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

20 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



Impresso nº 2019221468

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 4051 / 2018

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO	Investprev Seguradora S/A
Data / Hora da Comunicação: 20/09/2018 09:02:52	
Data / Hora da Ocorrência: 13/07/2018 17:30:00	23 ABR 2019
Endereço da Ocorrência: RUA DOS VOLUNTARIOS	
Complemento:	
Bairro:	Município: QUIXADA/CE
Ponto de Referência: TAPUIARA	CNPJ: 42.366.302/0001-28

### Noticiante(s)

Nome: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA	
Nascimento: 26/02/1986 CPF: 026.557.353-07	
RG: 2003021078845 Orgão Emissor: SSPDS	UF:
Filiação: MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA	
FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA	
Endereço: RUA DA LAVANDERIA, 231 A	
Bairro: CAMPO NOVO	CEP:
Município: QUIXADA/CE	
País: BRASIL	Telefone: (88) 9722-1206

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: 01A0906 UF: CE Município: QUIXADA Chassi:
9C2KC1670CR567407 Renavam: 476015537 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano
Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: VERMELHA Proprietário: IZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ
Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

### Histórico

Que o noticiante afirma ...
-----------------------------

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

ICARO GOMES COELHO - MAT.: 301200-5-1



A presença do(s) veículo(s) foi feita com original.

Bom dia, 20/04/2019 17:00

☐ Maria da Veneza Viana Silva - Oficial  
☒ Eduardo Tércio Viana Bazzani - Substituto





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2720 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/07/2019 15:03:17**  
Data / Hora da Ocorrência: **13/07/2018 17:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA RUA DOS VOLUNTÁRIOS**  
Complemento:  
Bairro: Município: **QUIXADA/CE**  
Ponto de Referência:

Investprev Seguradora S/A

22 JUL 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Noticiante(s)**

Nome: **PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**  
Nascimento: **26/02/1986** CPF: **026.557.353-07**  
RG: **2003021078845** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:  
Filiação: **MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA**  
**FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA**  
Endereço: **RUA DA LAVANDERIA, 231 A**  
Bairro: **CAMPO NOVO** CEP:  
Município: **QUIXADA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9722-1206**

**Histórico**

O presente Boletim de ocorrência foi confeccionado para servir de adendo ao Boletim de Ocorrência de nº 534-4051/2018, pois, a narrativa acerca do acidente esta incompleta e que diante disso acrescenta que no dia hora e local supra citados o noticiante conduzia a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, ANO 2012/2012, PLACA OIA0906, CHASSI 9C2KC1670CR537407, quando perdeu o controle da referida motocicleta por conta de buracos na pista; Que por conta dos ferimentos o noticiante foi levado para Upa, Hospital Eudázio Barroso, Hospital IJF e Hospital Fernandes Távora( ambos na cidade de Fortaleza); Que o noticiante ficou internado por aproximadamente onze dias de onde teve alta para continuar a recuperação em casa; Que o noticiante teve uma pancada na cabeça onde se formou um coagulo e que por conta da queda teve a clavícula direita fraturada.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**ICARO GOMES COELHO - MAT.: 301200-5-1**