







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 FANESJ 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, 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

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

Investprev Seguradora S/A

30 MAI 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Jzabel Cristina Silva de Queiroz

Assinatura do Declarante

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)

1620003022078845

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: 19:30 Temp: °C P.A.: x mmHg P: 89 bom 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: Agricultor  
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, 200

Assinatura: Carimbo Médico



Investprev Seguradora S/A  
23 ABR 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

1. See name of 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

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]==

Número 211031033102 Data 16/07/2018 Hora 11:38 Convênio SUS Classificação RJE - SMS  
Caráter de Atendimento Urgência SIGREG AIH  
Origem do Paciente ICF Clínica/Especialidade CLÍNICA MÉDICA/NEUROLOGIA  
Médico Solicitante 732 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE CARVAL Médico Responsável 732 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE CARVAL  
Procedimento Solicitado 0303045002 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU M Dias 7

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA Sexo MASCULINO  
Nascimento 26/02/1986 Idade 32 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO(A) Religião NÃO INFORMADO  
Mãe MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA Pai FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA  
Cônjuge Responsável FRANCISCO LAERSON MARTINS TEIXEIRA Prontuário 2446955  
CNS 700065268419905 Registro 201802570903018 Documento Informado RG: 2903021078645 Emissão: 13/02/2012  
País BRASIL Município de Naturalidade QUIXADA/CE CEP 63900-000  
Município de Residência QUIXADA/CE Logradouro RUA DA LAVANDERIA  
Número 23 Complemento Bairro CAMPO NOVO  
Fone Móvel (35)9944.87262 Fone Fixo (35)9968.96651 Ponto de Referência  
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) AUTÔNOMO / MOTOCICLISTA NO TRANSPORTE DE DOCUMENTOS E PEQUENOS VOLUMES

===[ CONTATO/ACOMODACÃO ]==

Em caso de urgência avisar FRANCISCO LAERSON Acomodação/Leito 503/2  
Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA MÉDICA Posto de Enfermagem 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 adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 16 de julho 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	201902570093018	NÃO INFORMADO
Internação Data Hora Convênio	Clínica/Especialidade		Posto de Enfermagem		
2018021904192 16/07/2018 11:30 SUS	CLÍNICA MÉDICA/NEUROLOGIA		POSTO DE ENFERMAGEM 07		

EVALUAÇÃO

PACIENTE, 32 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 13/07/2018, COM TCE, APRESENTANDO PERDA DA CONSCIÊNCIA POR APROXIMADA  
 15 MINUTOS. ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO NO ICF, ONDE REALIZOU TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU: FRATURA CRANIANA PARIETOTEMPORAL DIREI  
 TA COM EXTENSÃO PARA MASTÓIDE IPSILATERAL; FOCO DE CONTUSÃO HEMORRÁGICA TEMPOROPARIETAL A ESQU CIRCUNDADOS POR EDEMA, FISSURA  
 S E CISERNAS PRESERVADAS; LINHA MÉDIA CENTRADA; INTERNA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS OU ALIM  
 ENTARES. NEGA COMORBIDADES. NEGA USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÕES. REFERE CEFALÉIA LEMVE NO MOMENTO, REFERE TORTURA LEVESEM OUTRAS OLEIX  
 AS NO MOMENTO. AD EXAME: REG. AAA, EUPNEICO, NORMORRÉDADO, PUNCO COOPERATIVO, ALCG 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 SPORESAS: NVU+. SEM RAIXTR: PERFUNDOAS, SEM EDEMA

ITEM DA PRESCRIÇÃO

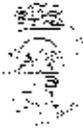
APRESENTAMENTO

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÕES/OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM

- DIETA LIVRE
- ELPIRINA 100 500MG 2ML 1 AMP + SORO FIS. 10
- DOLGIC 0,5% 10ML 2 AMP (IV) 8/8h SE DOR OU 15
- PERMETOPIM 0,75% 15
- BROMOPROPIA 100 5MG/KG 2ML 1 AMP + AGUA 15
- BIODESTILADA 10ML 2 AMP (IV) 8/8h SE NÁUSEAS 15
- OU VÔM. 15
- TRAMAL 100 100MG/2ML 1 AMP + SORO FISIOLOG 15
- 100 0,2% 100ML 1 FR (IV) 8/8h SE DOR FORTE 15
- FENITOINA 100MG 1 COMP (VO) 8/8h 15
- CETOPROFENO 50MG 1 COMP (VO) 12/12h 15
- CASCIETA ELEVADA E CENTRADA 15
- CANTOFRI 25MG 1 COMP (VO) SE PA 15
- 3x/15MIN 15
- CCSS + SSVV 15

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 AIH  
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12800056720  
NÚMERO DA AIH: 2318102905850

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 23022146 - I.P. INSTITUTO DE JOSÉ PROTÁ CENTRAL  
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSPITAL DISTRITAL DE FERNANDES TAVORA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNP/PACIENTE: 700005265419305 - PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA  
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 26/12/1966 - 33 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:  
BAIRRO: URUQUE  
CEP: 63830000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNOSTICO INICIAL: S062 - TUBERÍCULOSE cerebral, difusa  
DIAGNOSTICO SECUNDARIO:  
DIAGNOSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 020304093 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 981016002956331 - 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	25/02/1986	MASCULINO	32 anos
Nome Mãe	CNS	Registro	Local
MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA	72000528841990E	201802573003018	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) PERVO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ACEITA DIETA POR VO. PELE ÍNTEGRA PARA LPP. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES NO PERÍODO. SEGUE NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, AFEBRIL, SEM QUEIXAS. SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	PATRICIA XIMENES FONTEES CREFINICE 605813
22/07/2018 13:46:05	EF FISIOTERAPIAS (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 31R.A. SINAIS: SPO2: 87%, TEMP: 36,7°, FC: 58, FR: 18, FA: 120x70. REALIZO ADMISSÃO DE FISIOTERAPIA E EXERCÍCIOS FACIAIS.	CINTHIA MARIA DE LIMA GRANJEIRO CREFINICE 203464-F

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



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

Opção:  
Compartilhar a solicitação de  
regulação

### VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para os passos abaixo:  
1. Opção de situação  
2. Opção da solicitação  
3. Realização da solicitação  
4. Opção de ocorrência  
5. Utilização de ocorrência  
6. Realização de ocorrência  
7. Realização de cancelamento  
8. Realização de transferência  
9. Realização de transferência  
10. Realização finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Opção:  
Desconectar  
Solicitações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

700005266415905 - PEDRO PAULO MARTINS  
TEIXEIRA

NOME DA MÃE

MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5671997

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

26/02/1986 - 32 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

HOSPITAL

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

DISTRITO DE PLACAS Nº 00

BAIRRO

URUQUE

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

QUIXERAMOBIM

Plantonista

MÉDICO

38900173391 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE  
CARVALHO FILHO

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA O  
HOSPITAL FERNANDES TAVORA

Solicitação

NÚMERO

12600036720

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

28044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

15/07/2018 - 19:40

PROFISSIONAL

38900173391 - FRANCISCO FLAVIO LEITAO DE  
CARVALHO FILHO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR  
DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO  
(GRAL MEDIO)

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

33 - CLINICO - CLINICA GERAL

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS  
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TERMS TO  
CADEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PADRO PAULO MARTINS TEIXEIRA

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
1277056056

CPF: 2063021075848 - SSPDS - CE  
Cidade: 026.559.859-D7 - Data Nascimento: 26/02/1986  
Nome: FRANCISCO AUGUSTO  
FRANCLAN TEIXEIRA  
MARIA ELZETE MORAES  
TEIXEIRA

13/02/2012

1277056056

13/02/2016

36215971507  
09152601082

DECRETO DE CANCELAMENTO

ORIGEM DO TITULO - Assessoria  
fornecido a presente copia a qual  
conforme com o original.  
reterido e verdade. Dou fe.  
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  
confere com o original.  
O referido é verdade. Dou fé.  
Quixadá-CE, 11/08/2017

SEÇÃO OPERACIONAL DE LÍQUIDACÃO DE SINISTROS POR ACIDENTES  
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA E PESSOAS  
FRANCOFORTALHAS OFÍCIO - SP/SEGURO DPVAT

CE Nº 0135667361550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 11/08/2017

PLACA	01745664333	PLACA	D1A0906
VEÍCULO	HONDA/CB 150 FAN EST	VEÍCULO	HONDA/CB 150 FAN EST
DATA DE EMISSÃO	09	DATA DE EMISSÃO	09
PLACA DO SEGURO	902K01670DR567407	PLACA DO SEGURO	902K01670DR567407

PRÊMIO TARIFÁRIO

INSCRIÇÃO	B125	PREMIO TARIFARIO	90,33
INSCRIÇÃO DO SEGURO	4,18	PREMIO TARIFARIO	195,5
INSCRIÇÃO DO SEGURO	0,17	PREMIO TARIFARIO	10/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CEP 01356-000

MEIORS: 0031670567407

01899

DETRAN - CE Nº 0135667361550  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
CÓDIGO DE REGISTRO 01 00475015557  
CÓDIGO DE LICENCIAMENTO 00000000000  
EXERCÍCIO 2017

IZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ  
DIRETORA GERAL  
01745664333  
D1A0906/CE

PAS/MOTOCICLETA/APP/ADAPLIC  
HONDA/CB 150 FAN EST  
2012 2012

2P/OTV/14900  
PARTICULAR VERMELHA

VEICULO: HONDA/CB 150 FAN EST  
COR: VERMELHA  
CATEGORIA: MOTOCICLETA  
DATA DE EMISSÃO: 09/08/2017

PLACA DO SEGURO: 902K01670DR567407  
DATA DE EMISSÃO: 10/08/2017

11/08/2017  
Igor Pimenta



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 seqüela 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/seqüela 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  
CREMEC 13.793  
SAMIA MAGALHAES DE CARVALHO  
CREMEC Nº: 13793

Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



AA 144321

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código 76627b4444ec867

# 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 cranio-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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# 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 ( X ) 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.

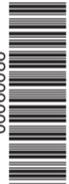
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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: INTERRUÇÃO 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 autônoma, 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:  DIAMIS (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 Nº445/2012

Nome completo: PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA		CPF: 026.557.353-07	
Profissão:	Endereço: RUA DA LAVANDERIA	Número: 231	Complemento: A
Bairro: CAMPO NOVO	Cidade: QUIXADÁ	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).

**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 POUANÇA (Somente para seguros abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 7862 CONTA: 12216

CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

### 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §3º, 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 (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informe 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, 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: \_\_\_\_\_

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

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

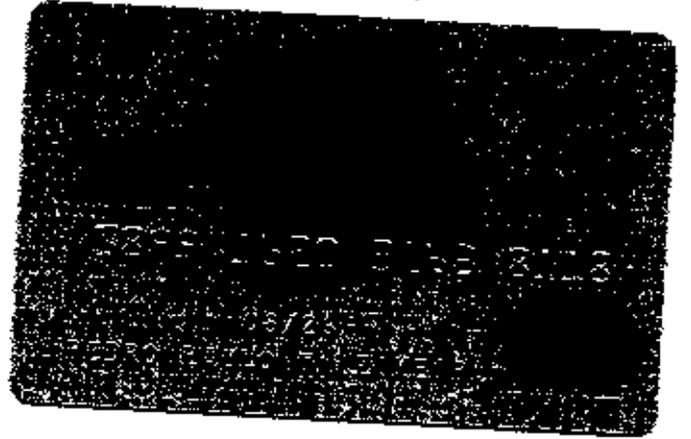
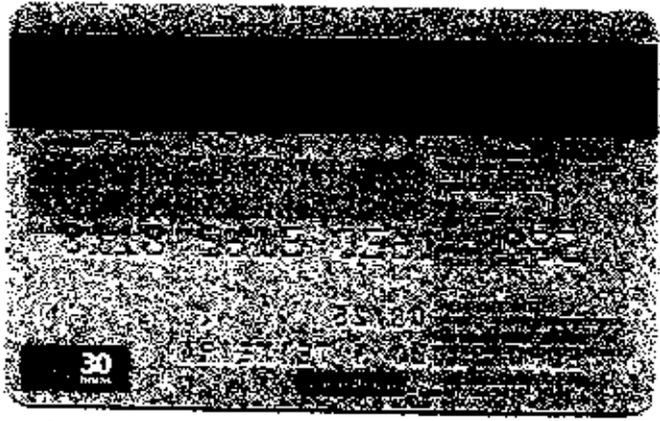
Investprev Seguradora S/A

23 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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 ASL: **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: **mancelamorcedino@hotmail.com** Tel. (DDD): **(88) 99705-9393**

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 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  
**x PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



Impresso nº 2019221468

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 4051 / 2018

**Dados da Ocorrência**

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

**Noticiante(s)**

Nome: <b>PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA</b>	
Nascimento: <b>26/02/1986</b> CPF: <b>026.557.353-07</b>	
RG: <b>2009021078645</b> Orgão Emissor: <b>SSPDS</b>	UF: _____
Filiação: <b>MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA</b>	
<b>FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA</b>	
Endereço: <b>RUA DA LAVANDERIA, 231 A</b>	
Bairro: <b>CAMPO NOVO</b>	CEP: _____
Município: <b>QUIXADA/CE</b>	
País: <b>BRASIL</b>	Telefone: <b>(88) 9722-1236</b>

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: <b>01A0906</b> Uf: <b>CE</b> Município: <b>QUIXADA</b> Chassi: <b>9C2KC1670CR567407</b> Renavam: <b>476025587</b> Tipo do Veículo: <b>MOTOCICLETA</b> Marca / Modelo: <b>HONDA/CG 150 FAN ESI</b> Ano Fabricação: <b>2012</b> Ano Modelo: <b>2012</b> Combustível: <b>GASOLINA/ALCOOL</b> Cor: <b>VERMELHA</b> Proprietário: <b>IZABEL CRISTINA SILVA DE QUEIROZ</b> Situação: <b>NÃO INFORMADO</b> Envolvimento: <b>ENVOLVIDO</b>
--

**Histórico**

Que o noticiante afirma ...

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 30069-1-7**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

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

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



A presença do(s) noticiante(s) deve ser com original.

Bom dia, 20/04/2019 12:12

- Maria da Veneza Viana Silva - Titular
- Eduardo Tércio Viana Bazzari - Substituto



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

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	Investprev Seguradora S/A  22 JUL 2019  CNPJ: 42.366.302/0001-28
Data / Hora da Comunicação: <b>04/07/2019 15:03:17</b>	
Data / Hora da Ocorrência: <b>13/07/2018 17:30:00</b>	
Endereço da Ocorrência: <b>RUA RUA DOS VOLUNTÁRIOS</b>	
Complemento:	
Bairro: _____ Município: <b>QUIXADA/CE</b>	
Ponto de Referência:	

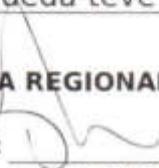
**Noticiante(s)**

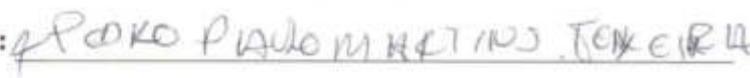
Nome: <b>PEDRO PAULO MARTINS TEIXEIRA</b>	
Nascimento: <b>26/02/1986</b> CPF: <b>026.557.353-07</b>	
RG: <b>2003021078845</b> Orgão Emissor: <b>SSPDS</b>	UF: _____
Filiação: <b>MARIA SALETE MARTINS TEIXEIRA</b>	
<b>FRANCISCO AUGUSTO FRANKLIN TEIXEIRA</b>	
Endereço: <b>RUA DA LAVANDERIA, 231 A</b>	
Bairro: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

**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**