

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do síntiro do ASI:	3 - CPF da vítima: 833 493 673 72	4 - Nome completo da vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 403/2017			
5 - Nome completo:	SEBASTIAO DELFINO XAVIER		
6 - CPF:	833 493 673 72		
7 - Profissão:	8 - Endereço: RECUSO RUA NOVA CONQUISTA	9 - Número:	10 - Complemento: 4026
11 - Bairro: GRANJA LISBOA	12 - Cidade: FORTALEZA	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60540-235
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 85-99812-6174		

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para contas banco, Agência anexada)
 Bradesco (237) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO: _____

AGÊNCIA: **1469** CONTA: **93850** 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido, solicitando o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica arasinal, caso necessário, às custas do promotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Amigavelmente Viúvo | 24 - Data da óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Seu filhos, Informar: 29 - Seu filhos, Informar: 30 - Vítima deixou Sim Não | 31 - Vítima Sim Não | 32 - Se filhos vivos, Informar: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não
 leve filhos? Não Vivos. Falecidos: falecidos/pais/avós? Não Vivos: Falecidos: Vivos/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____ 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____ 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha
		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 13/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022637

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200022637 **Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER**

Data do Acidente: 08/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIAO DELFINO XAVIER

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 10.462,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Valor: R\$ 10.462,50

Banco: 104

Agência: 000001469

Conta: 0000093850-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022637

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO DELFINO XAVIER

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.462,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 00000093850-0

Nr. da Autenticação 315A8239EC148B88

**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: **3200022637**

Nome do(a) Examinado(a): **SEBASTIAO DELFINO XAVIER**

Endereço do(a) Examinado(a): **R NOVA CONQUISTA, 4026, , 60.543-352, GRANJA LISBOA, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 94002412665**

Data e local do acidente: **08/10/2019 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **24/01/2020 - Fortaleza/CE** Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Traumatismo craniocéfálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocanteriana do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica.

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

Conforme será verificado no exame físico, as lesões apresentaram melhora de seu quadro em razão da evolução terapêutica, sendo realizados tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese de fêmur e drenagem torácica. Resta apurada a existência de sequela permanente no olho esquerdo, no membro inferior direito e no 5º dedo da mão direita, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame físico do olho esquerdo apresenta pálebra alterada, globo ocular alterado, pupilas alteradas. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame do 5º dedo da mão direita apresenta diminuição de flexão e extensão da articulação interfalangeana proximal com flexão aos 60°, com flexão aos 45° e hiperextensão aos 5° em decorrência da fratura. Restam preservados os demais movimentos articulares da mão, assim como força de preensão palmar, de modo que a lesão fica restrita ao 5º dedo.

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

Sim

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

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

Perda parcial e incompleta do olho esquerdo em decorrência da diminuição da visão. Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior direito em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de redução de força. Perda funcional, parcial e incompleta do 5º dedo da mão direita em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Olho Esquerdo - Intenso - 75%

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

5º Dedo da Mão Direita – Médio – 50%

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

Redução da acuidade visual do olho esquerdo irreversível. Grave laceração esclera- conjuntival e iridectómica pelo trauma sofrido - além da redução da acuidade visual evoluiu com estrabismo traumático - quadro em evolução.

Dr. Gisele Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e calígrafia do médico

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019323/20

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

CPF: 833.493.673-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/10/2019

SEBASTIAO DELFINO
XAVIER

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SEBASTIAO DELFINO XAVIER : 833.493.673-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
CPF: 833.493.673-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Antonia Daniella Ferreira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022637 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocantiano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do olho esquerdo apresenta pálebra alterada, globo ocular alterado, pupilas alteradas. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame do 5º dedo da mão direita apresenta diminuição de flexão e extensão da articulação interfalangeana proximal com flexão aos 60°, com flexão aos 45° e hiperextensão aos 5° em decorrência da fratura. Restam preservados os demais movimentos articulares da mão, assim como força de preensão palmar, de modo que a lesão fica restrita ao 5º dedo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, traumatismo crânioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocantiano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese de fêmur e drenagem torácica. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no olho esquerdo, no membro inferior direito e no 5º dedo da mão direita.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do olho esquerdo em decorrência da diminuição da visão. Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior direito em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de redução de força. Perda funcional, parcial e incompleta do 5º dedo da mão direita em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Em relação aos danos comprovados, em que pese aparecer perda anatômica, o correto é perda funcional do membro inferior. Redução da acuidade visual do olho esquerdo irreversível. Grave laceração escleraconjuntival e iridectómica pelo trauma sofrido - além da redução da acuidade visual evoluiu com estrabismo traumático quadro em evolução.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			77,5 %	R\$ 10.462,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022637	Cidade: Fortaleza	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER	Data do acidente: 08/10/2019	Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocantiano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do olho esquerdo apresenta pálebra alterada, globo ocular alterado, pupilas alteradas. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, cicatriz operatória aparente, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da estrutura torácica apresenta boa expansão da caixa torácica, com ausculta pulmonar e murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem déficit de movimentos respiratórios, ausência de desvio de eixo, ausência de contratura paravertebral, ausência de dor à palpação. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 25°, adução aos 5°, rotação medial aos 25°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do joelho direito apresenta flexão aos 80°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame do 5º dedo da mão direita apresenta diminuição de flexão e extensão da articulação interfalangeana proximal com flexão aos 60°, com flexão aos 45° e hiperextensão aos 5° em decorrência da fratura. Restam preservados os demais movimentos articulares da mão, assim como força de preensão palmar, de modo que a lesão fica restrita ao 5º dedo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, traumatismo crânioencefálico com paresia do III par craniano, fratura transtrocantiano do fêmur à direita, fratura-luxação metacarpofalangeana do 5º quirodáctilo à direita e contusão fechada na região torácica. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, intervenção cirúrgica de osteossíntese de fêmur e drenagem torácica. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica das lesões apresentou melhora em relação ao seu quadro inicial. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no olho esquerdo, no membro inferior direito e no 5º dedo da mão direita.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do olho esquerdo em decorrência da diminuição da visão. Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior direito em decorrência da diminuição da mobilidade de quadril e joelho, além de redução de força. Perda funcional, parcial e incompleta do 5º dedo da mão direita em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Em relação aos danos comprovados, em que pese aparecer perda anatômica, o correto é perda funcional do membro inferior. Redução da acuidade visual do olho esquerdo irreversível. Grave laceração escleraconjuntival e iridectómica pelo trauma sofrido - além da redução da acuidade visual evoluiu com estrabismo traumático quadro em evolução.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			77,5 %	R\$ 10.462,50

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEBASTIÃO DELFINO XAVIERDATA DO ACIDENTE 08/10/2019CPF DA VÍTIMA 833 493 673 72

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMAENDERECO DO PORTADOR RUA NOVA CONQUISTA, 4026 - GRANJA LISBOAAVÍTIMA Nº COMPL. FMMNTO _____ RAIRRO _____CIDADE UF _____ CEP _____E-MAIL TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE
- REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA, E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO (OU CERTIDÃO DE CASAMENTO) OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE (LEGAL) QUINDE REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS. PODER SER PAI QUÍ MÁE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE - RESPONSÁVEL PELO RELEVAMENTO NA SEGURODAORA

13/01/2020

DATA _____
NOME _____
IDENTIF. C.F _____
ASSINATURA _____ASSINATURA _____
ASSINATURA _____



Seguradora

LIDER
 Administradora do Seguro DPVAT®

()



Buscar no site



A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO ATENDIMENTO CENTRO DE
DPVAT (/Pontos-de- DADOS E SALA DE TRABALHE
Atendimento) ESTATÍSTICAS IMPRENSA CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: ORY8910 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
-	2019	R\$84,58	Quitado	

	Data Pagamento	Valor Pago
	10/12/2019	R\$84,58
+	2018	R\$185,50
+	2017	R\$185,50
+	2016	R\$292,01
+	2015	R\$292,01
+	2014	R\$196,06

(*) Motocicleta



ACESSIBILIDADE

DADOS DO CLIENTE

Nome: SEBASTIÃO DELEFINO KAUTER
 End. Leitura: RUA NOVA COMBUSTÍVEL, 4026, GRANJA LISBOA
 Cidade: CRUZMIRIM

CEP: 60540-235

Bnd. Entrega:

Cidade:

Lote: 129 Sítio: 078 Quadra: 0026 Lote: 0125 Com: 0000
 Subsídio: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Agro: 000
------------------	----------------	-----------------	-----------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAS

Serviço	Métrica	Leitura Anterior	Leitura Final	Volumétrico	Métrica Somatória
ÁGUA	A09F314403	892	895	3	5

DADOS

Lectura Anterior: 15/11/2019 | Emissao: 15/11/2019 | Tarifa Agua: 0078613
 Lectura Atual: 15/10/2019 | Próxima Lectura: 14/12/2019 | Tarifa Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDOR RESERVADO AC: 19/2019

Nº da Amostra	Cloro	Turbidez	COR	Coliformes Totais	E. Coliforme - Col
Engatado	146	146	047	146	146
Avulso	146	146	146	146	146
Em conformidade	145	146	145	146	146

OBSERVAÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15) = 9 m3 | META: 10 m3.

Agradecemos sua Pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		MES/ANO	Águas (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	26,30	jane/18	6	0
		dez/18	6	0
		jan/19	5	0
		fev/19	5	0
		mar/19	6	0
		abr/19	6	0
		mai/19	6	0
		jun/19	5	0
		jul/19	5	0
		ago/19	4	0
		set/19	5	0
		out/19	6	0

RESUMO SOBRE O FATURAMENTO		SUBSTÍCICOS	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	29,30

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2019	04/12/2019	29,30

I:350318072503752 L:0281 H:09:43:00 R:000 P:001



Colaboração do usuário é essencial para o sucesso do trabalho da Cagece, conforme resultado das Agências Reguladoras.

Brasil: Agência Nacional de Águas (ANA) - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle das Águas PÚBLICAS de Saneamento Ambiental (BRASIL 2018). Demais Estados: ANMCS - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará (BRASIL 2018). Consultoria externa: 153.516 da ANEEL: www.aneel.gov.br.

Mais informações pelo telefone: (060) 275 0195, no horário de atendimento, de 08 às 12h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 08 às 12h e 15h às 17h.





USA:

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 058 009	PONTO DE APOIO: R66 V	Nº DA OCORRÊNCIA: 0886
DATA: 03/10/19	TURNO: MT	EQUIPE: Galvano / Ontonyone
NOME: Sebastião Delfino Xavier		IDADE: 40 a
ENDERECO: Rua: R. Jesus 1411		SEXO: M
REFERÊNCIA: pego moto picas		BAIRRO: R. Jardins
QTY: 11:46	QUS: 92: 00	QUY: , QUU:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Pôr trânsito		

RESPONSABILIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)	
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	
A Vias respiratórias		<input type="checkbox"/> PÉRVEAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS POR: _____		
B Respiratório		PADRÃO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	PALPAÇÃO /PERCUSSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____
C Circulatório		PULSO <input type="checkbox"/> NORMOCARDÍCO <input type="checkbox"/> TRAQUICARDÍCO <input type="checkbox"/> BRADICARDÍCO	PELE <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FLUIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	ENCHIMENTO CAPILAR <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA ≤ 2 seg > 2 seg
D Neurológico		ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA: <input type="checkbox"/> 4 Á VOZ: <input type="checkbox"/> 3 À DOR: <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA: <input type="checkbox"/> 1 TOTAL: _____	RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SÓNS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	RESPOSTA MOTORA <input type="checkbox"/> OBEDIÊCE A COMANDOS <input type="checkbox"/> LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETRADA <input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA
E Esquelético		ADULTO 	LESÕES _____ _____	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 146	PA: 120 x 60	FR: _____	GLUC.: —	OXIM.: 97%	TEMP.: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

140cm cintura 45, Cintura 90cm, busto 90cm, no. local
 Peso 70kg, Cintura 100cm, cintura e cintura no. como cintura;
 Cintura 90cm, altura da clavícula. Dux = 117cm
 Peso 70kg, Cintura 100cm, cintura no. como cintura;
 ASS/CRM: 100

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS/COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

 UNIDADE DE SAÚDE: LIBERADO ÓBITO → RECUSA NO LOCAL REMOVIDO POR TERCEIROS DURANTE O TRANSPORTE BOLETIM EMERG. OUTRO:PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às: / / hs: / /

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU,

RG/CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGENCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às: / /

Isso, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504569353851 **Admissão:** 08/10/2019 12:57
Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
Pront.: 5639218 **Data Nasc.:** 30/12/1979 **Idade:** 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) **Tel.:** 85 98974-7061
Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
Sexo: Masculino **RG:** _____ **Município:** FORTALEZA
CEP: 60540-234 **Bairro:** GRANJA LISBOA
Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO **Classificador:** MARIA DE NAZARE P UCHOA **Horário:** 08/10/2019 13:00
Quixxa: POLITRAUMA GRAVE - TRAZIDO PELO SAMU À SALA VERMELHA

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: ESCORE 10-MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: **Temp.:** **Glicemla:** **Régua dor:** **Pulso/FC:** **PA:** **FR:**

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: NEILTON FRANCISCO LINHARES TORQUATO **CRM:** 10424 **Nº:** 560595 **Horário:** 08/10/2019 13:21

Acidente: Não **Agressão:** Não **Peso:** **P.A.:**

Eixo: SALA VERMELHA

Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

RELATO DE COLISÃO MOTO/ CARRO SEM CAPACETE COM TCE (ECG 8) PIFR COM LACERAÇÃO EM COURO CABELUDO; ABDOME TENSO (TRAUMA FECHADO?) COM DEFORMIDADE EM COXA D; PA 95X 60 FC 143 STO2 96%

AP MVU/ SRA EM USO DE COLAR CERVICAL

CD: ABERTO PTM

SOLICITO TC CRANIO/CERVICAL; RAIOS X FAST

AVALIAÇÃO NEURO/ CIRURGIA GERAL/ TO

REALIZADO INTUBAÇÃO PARA NEUROPROTEÇÃO

INTERNAMENTO

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 18/10/2019 14:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional	
08/10/2019	13:00	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ESCORE 10-MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	VERMELHO	MARIA DE NAZARE P UCHOA

RAE TRAUMA
 POCO 218780000000000
 DATA 28/10/19
 MATRICULA 5022
Sebastião DelFINO Xavier

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504569353851 **Admissão:** 08/10/2019 12:57
Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
Front.: 5639218 **Data Nasc.:** 30/12/1979 **Idade:** 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) **Tel.:** 85 98974-7061
Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** FORTALEZA
CEP: 60540-234 **Bairro:** GRANJA LISBOA
Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
2019-10-08 12:57:11	SEBASTIAO DELFINO XAVIER / 39 / M / 19 / 60540-234 / GRANJA LISBOA / RUA NOVA CONQUISTA / 5639218 / 30/12/1979 / 08/10/2019 12:57	AMBIENTE. ACORDADO. ALTERANDO PERÍODOS DE AGITAÇÃO E DESORIENTAÇÃO. SEM FEBRE, EDEMA, TOSSE PRODUTIVA. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. # LAB (15/10/19): HB 7,6 LEUCO 6540 PLAQ 319000 INR 1,09 UR 36 CR 0,9 K 3,78 PCR 66,1 #EX FÍSICO: EGR, AAA, CORADO. AP: MVU COM REDUÇÃO EM 1/3 INFERIORES E EM HTX DIREITO. AC: BNF, 2T, RR, SS. ABD: RHA+, INDOLOR, FLÁCIDO. EXTREM: PPP, SEM EDEMA #CD: MANTIDO TAZOCIN. / ESTÍMULO FISIOTERÁPICO / PX NEOZINE

Patologias: ITP/RR
orientações: (A)

PRESCRIÇÃO

Médico: RAUL FAVA ALENCAR CRM 12665 16/10/19 09:39

Prescrição	Horário:
LEVOMEPRAMAZINA 40MG/ML (4%) - FGO ADMINISTRAR 10 GOTAS / ORAL / 12/12 H	
VANCOMICINA 500MG - FA ADMINISTRAR 2 FAMP + 200 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PROTEÇÃO OCULAR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
BALANÇO HÍDRICO	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
GLICEMIA CAPILAR 6/6H	
CLORETO DE SODIO 0,9% - AMP ADMINISTRAR 3 ML + FENOTEROL 5MG/ML - FGO ADMINISTRAR 3 GOTAS + IPRATROPIO(BROMETO) 0,25MG/ML - FGO ADMINISTRAR 40 GOTAS / INALATÓRIA / 4/4 H	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504569353851 Admissão: 08/10/2019 12:57
 Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
 Pront.: 5639218 Data Nasc.: 30/12/1979 Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 85 98974-7061
 Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60540-234 Bairro: GRANJA LISBOA
 Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

PRESCRIÇÃO

Médico: RAUL FAVA ALENCAR CRM 12665 15/10/19 09:03

Prescrição	Horário:
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE VÔMITO OU NÁUSEA	
PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4,5G - FA + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H CORRER EM 3H. INÍCIO 11/10.	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR> SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR> FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500,0 ML; VAZÃO = 62,5 ML/H </BR> / INTRAVENOSA / INFUSÃO CONTÍNUA	
DIETA ORAL - DIETA PASTOSA	
DIETA ORAL - DIETA PASTOSA	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PROTEÇÃO OCULAR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
BALANÇO HÍDRICO	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
GLICEMIA CAPILAR 6/6H	
CLORETO DE SODIO 0,9% - AMP ADMINISTRAR 3 ML + FENOTEROL 5MG/ML - FGO ADMINISTRAR 3 GOTAS + IPRATROPIO(BROMETO) 0,25MG/ML - FGO ADMINISTRAR 40 GOTAS / INALATÓRIA / 4/4 H	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 3 AMP / INTRAVENOSA / 8/8 H DILUIR EM CADA SORO DE 500ML DA HV	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 20 ML SF 0,9% /	

AGENDAMENTO DE EXAMES

EXAMES

Data: / / às :

PROCEDIMENTOS

Data: / / às :

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Sebastião Vellino da SilvaRegistro geral: 5639018

Nº Carteira SUS: _____

Diagnóstico: _____

Médico: João MendesTraumatologia

ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1818 - Centro - CEP 60.025-061
Fortaleza - Ceará, Brasil. (85) 3255-6010 - (85) 3255-5185

Especialidade: TQ Retorno: 4/12/19
 Especialidade: Cirurgia Plástica Retorno: 10/12/19
 Especialidade: TQ Retorno: 5/12/19
 Especialidade: TQ Retorno: 5/12/19
 Especialidade: TO Retorno: 13/12/19
 Especialidade: _____ Retorno: / /
 Especialidade: Plástica Retorno: 28/01/20
 Especialidade: _____ Retorno: / /
 Especialidade: _____ Retorno: / /

às 7:00 Profissional: João Mendes
 às 7:00 Profissional: Paulo André Silveira
 às 7:00 Profissional: Renato Guedes
 às 7:00 Profissional: João Mendes
 às 7:00 Profissional: Renato Guedes
 às: Profissional: _____
 às 07:00 Profissional: Andre
 às: Profissional: _____
 às: Profissional: _____
 às: Profissional: _____
 às: Profissional: _____
 às: Profissional: _____

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

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

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: SEBASTIAO DELFINO XAVIER	Sexo: Masculino	Pront.: 5839218
Idade: 30 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)		
Endereço: RUA NOVA CONQUISTA	Bairro: GRANJA LISBOA	
Num: 4026 CEP: 60540-234 UF: CEARÁ Cidade:FORTALEZA		

Localização		
Clínica: UNIDADE 26	Enfermaria: 252	Leito: 2511
Internação 16/10/2019 15:50	Alta: * Não Informado *	* Não Informado

Relatório
Tipo de Saída: Alta Cancelada
Não

Resumo Clínico

VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. TCE + PNEUMOTORAX DIREITO DRENADO, PO TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA TRANSTROCANTERIANA FEMUR DIREITO + LUXAÇÃO INVETERADA DE ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DE DEDO MÍNIMO DIREITO. HEMATOMA PERIORBITARIO ESQUERDO RESOLVIDO, SEQUELA EM OLHO ESQUERDO COM PTOSE PALPEBRAL.

Exames Realizados

PARECER OFTALMO: PARESIA III PAR CRANIANO A ESQUERDA.
14/11: HB 8,4 LEUCO 10.160 U 41 CR 1,1 K 4,3 NA 138 PCR 38

URG-CULTURA NEGATIVA

Terapêutica Utilizada**SINTOMÁTICOS**

ENOXAPARINA PROFILÁTICA

DAZEPAM

SULFATO FERROSO

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S72 - FRATURA DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S72	FRATURA DO FÉMUR
Não	S628	FRATURA DE OUTROS DEDOS

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 21/11/2019

Observações Complementares

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS DA CIRURGIA. MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO: DR MAMEDE COM 2 SEMANAS, DR MARCELO GIRÃO NA VAGA E NA PLÁSTICA.

Reponsável

Médico: CAMILA PINTO DE NADAI

Data: 21/11/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050632	Procedimento Eletivo	13/11/2019 18:00	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRAO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408060638	Procedimento Eletivo	20/11/2019 11:30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	JOAO MAMEDE SOARES BRAGA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60026-061 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Paciente: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront: 5639218

Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

Num: 4028

Bairro: GRANJA LISBOA

CEP: 60540-234

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 25

Enfermaria: 252

Letto: 2511

Internação: 16/10/2018

15:50

Altar: * Não Informado * * Não Informado

Agendamento

Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Rua Barão do Rio Branco, 1616, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



DECLARAÇÃO

192

Regional Fortaleza

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Sebastião Delfino Xavier** - C.P.F. - **833.493.673-72**, no dia **08/10/2019, às 12h, na Rua Bom Jesus, no Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Clemilda Camelo Leitão** por meio do Processo nº **P899845/2019**.

Fortaleza, 16 de Outubro de 2019.

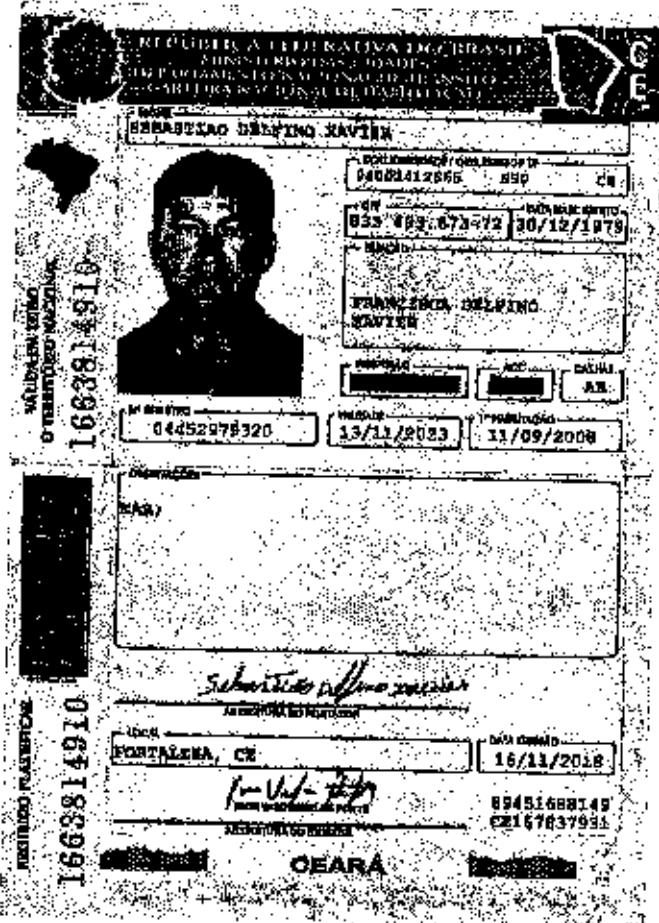
Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019865966



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4003 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 13:18:40**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2019 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R BOM JESUS COM RUA VALVERDE, BOM JARDIM - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SEBASTIÃO DELFINO XAVIER**
Nascimento: **30/12/1979** CPF: **833.493.673-72**
RG: **94002412665** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DELFINO XAVIER**
N.C
Endereço: **RUA NOVA CONQUISTA, 4026**
Bairro: **BOM JARDIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98974-7061**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **ORYB910** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110ER715283** Renavam: **1008538229** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AMARELO** Proprietário: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **QPP0551** Uf: **MG** Município: **BELO HORIZONTE** Chassi: **9BGKS48U0KG226004** Renavam: **1172029552** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **LOCALIZA RENT A CAR S.A.** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma que no local, horário e data acima mencionados trafegava na motocicleta de placa ORY-8910, quando um veículo de placas QPP-0551, tendo como condutor José Adriano Bezerra Alves, avançou a preferencial, colidindo com a motocicleta que pilotava; QUE caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pela ambulância do SAMU para o Hospital IJF Centro, onde recebeu atendimento. E nada mais disse//////////
OBS: A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *Maria do Socorro Furtado Silva*
MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impressao nº 2019855966



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4003 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria Carolina Santos Barreira - MAT.: 404579-1-7

MANOBRA REALIZADA:

VIRANDO A ESQUERDA

SC 51

MANOBRA REALIZADA:

ULTRAPASSANDO



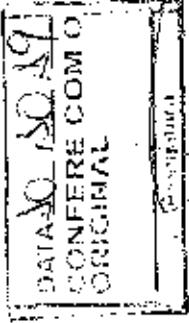
COR: PRATA MARCA/MODELO: CHEVROLET ONIX 1.0MT LT
TIPO: AUTOMÓVEL ANO FABRICAÇÃO: 2016
ESPECIE: PASSAGEIRO CATEGORIA: PARTICULAR

COR: AMARELO MARCA/MODELO: HONDA/CB 125 FAN KS
TIPO: MOTOCICLETA ANO FABRICAÇÃO: 2014
ESPECIE: PASSAGEIRO CATEGORIA: PARTICULAR

Nº REGISTRO CNH: 0133977927
CATEGORIA CNH: AD
DT. NASC.: 30/12/1978
IDENTIDADE: 94002412065
CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: QPF995
PRIMEIRA CNH: 20/08/1995
VALIDADE CNH: 14/08/2022
SEXO: MASCULINO
SITUAÇÃO: SEM INFORMAÇÃO
CPF: 833.498.673-72

Nº REGISTRO CNH: 0446297932
CATEGORIA CNH: AB
DT. NASC.: 01/01/1990
IDENTIDADE: 94002412065
CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: QRY8910
PRIMEIRA CNH: 11/09/2008
VALIDADE CNH: 13/11/2023

PERÍCIA FORENSE - VTR 7014 - PERITO PEDRO.



86193

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do síntiro do ASI:	3 - CPF da vítima: 833 493 673 72	4 - Nome completo da vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 403/2017			
5 - Nome completo:	SEBASTIAO DELFINO XAVIER		
6 - CPF:	833 493 673 72		
7 - Profissão:	8 - Endereço: RECUSO RUA NOVA CONQUISTA	9 - Número:	10 - Complemento: 4026
11 - Bairro: GRANJA LISBOA	12 - Cidade: FORTALEZA	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60540-235
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 85-99812-6174		

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para contas banco, Agência anexada)
 Bradesco (237) Itaú (345)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO: _____

AGÊNCIA: **1469** CONTA: **93850** 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido, solicitando o prosseguimento do andamento do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica arasinal, caso necessário, às custas do promotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Amigavelmente Viúvo | 24 - Data da óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Seu filhos, Informar: 29 - Seu filhos, Informar: 30 - Vítima deixou Sim Não | 31 - Vítima Sim Não | 32 - Se filhos vivos, Informar: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não
 leve filhos? Não Vivos. Falecidos: falecidos/pais/avós? Não Vivos: Falecidos: Vivos/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____ 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____ 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha
		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 13/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (debaixo)