
Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082668

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082668

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 40861392353 4 - Nome completo da vítima: Francisco Eduardo da Silva

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

5 - Nome completo: Francisco Eduardo da Silva 6 - CPF: 40861392353
7 - Profissão: Motorista TAXI 8 - Endereço: R. Einstein 9 - Número: 1264 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Peri 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60730-145
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 98614-3425

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 29134 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 15/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

408 613 923-53

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Everardo da Silva

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

5 - Nome completo:

Francisco Everardo da Silva

6 - CPF:

408.613.923-53

7 - Profissão:

Moto-taxi

8 - Endereço:

R. Einstein

9 - Número:

1264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.730-145

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 9 8600-5797

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1563

CONTA:

29134

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, para os fins de direito, 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 (assinale 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.

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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Cóp) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Falecidos:

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza 01-11-19
Francisco Everardo da Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **408 613 923-53** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Everardo da Silva**

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

5 - Nome completo: **Francisco Everardo da Silva** 6 - CPF: **408 613 923-53**
7 - Profissão: **Moto-taxi** 8 - Endereço: **R. Einstein** 9 - Número: **1264** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Vila Peri** 12 - Cidade: **Fortaleza** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60.730 145**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(85) 98600-5797**

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: **1563** CONTA: **29134** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

21 - 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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão
original da
assinatura
do beneficiário
não autorizada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

x Francisco Volker da Silva

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **408.613.923-53** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Everardo da Silva**

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

5 - Nome completo: **Francisco Everardo da Silva** 6 - CPF: **408.613.923-53**
7 - Profissão: **Moto-taxi** 8 - Endereço: **R. Einstein** 9 - Número: **1264** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Vila Peri** 12 - Cidade: **Fortaleza** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60.730-145**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(85) 98600-5797**

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: **1563** CONTA: **29134** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

21 - 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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____
25 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
original da
assinatura
do beneficiário
não autorizada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

x Francisco Volker da Silva

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3137 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**
MANUEL CLARINDO DA SILVA
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797**
Bairro: **VILA PERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR587363** Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. /////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

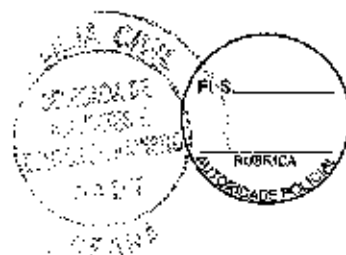
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3137 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE
SAO JOSE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**
MANUEL CLARINDO DA SILVA
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797)**
Bairro: **VILA PERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1680FR587363 Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. /////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

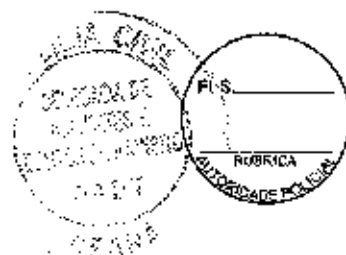
Francisco Everardo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3137 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE
SAO JOSE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**
MANUEL CLARINDO DA SILVA
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797)**
Bairro: **VILA PERI**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC1680FR587363 Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. /////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Everardo da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

408 613 923-53

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Everardo da Silva

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

5 - Nome completo:

Francisco Everardo da Silva

6 - CPF:

408.613.923-53

7 - Profissão:

Moto-taxi

8 - Endereço:

R. Einstein

9 - Número:

1264

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Vila Peri

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.730-145

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 9 8600-5797

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1563

CONTA:

29134

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, para os fins de direito, 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 (assinale 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.

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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CNP)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza 01-11-19
Francisco Everardo da Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **408.613.923-53** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Everardo da Silva**

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

5 - Nome completo: **Francisco Everardo da Silva** 6 - CPF: **408.613.923-53**
7 - Profissão: **Moto-taxi** 8 - Endereço: **R. Einstein** 9 - Número: **1264** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Vila Peri** 12 - Cidade: **Fortaleza** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60.730-145**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(85) 98600-5797**

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: **1563** CONTA: **29134** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

21 - 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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão
original da
assinatura
do beneficiário
não autorizada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

x Francisco Volker da Silva

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

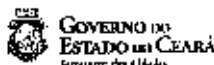
CLIENTE: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000029134-6

Nr. da Autenticação 2AB74D16613F6DDC



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
End. Leitura: RUA EINSTEIN, 1264, VILA PERI
Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.730-145

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 028

Quadra: 0182

Lote: 0414

Cont: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m3}	Média Semestral ^{m3}
ÁGUA	A18N053413	258	274	18	19

DATAS

Leitura Atual: 08/10/2019

Sanção: 28/10/2019

Lacre Água: 318982

Leitura Anterior: 19/09/2019

Próxima Leitura: 11/11/2019

Lacre Boleto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	528	528	128	528	528
Analisadas	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 29 m3 | META: 23 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	68,09	M3/mês
ESGOTO	47,58	Água (m³)
MULTA DE 2%	2,13	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,14	
ACRESC.IMPONT.ÁGUA	0,02	
TARIFA CONTINGÊNCIA		
		OUT/2018
		NOV/2018
		DEZ/2018
		JAN/2019
		FEV/2019
		MAR/2019
		ABR/2019
		MAI/2019
		JUN/2019
		JUL/2019
		AGO/2019
		SET/2019

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	1,13	Descrição	
COFINS	9,63	VALOR DO SERVIÇO	133,81
		VALOR DO SUBSÍDIO	16,86
		VALOR TOTAL A PAGAR	117,96

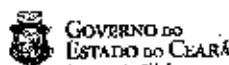
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2019	01/11/2019	117,96



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme mudanças das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3105.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 335 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0003298574 Cópia do Responsável:

Mês/Ano: 10/2019

Local: 001

Setor: 28

Quadra: 0182

Lote: 0414

Cont: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

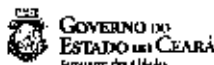
Vencimento: 01/11/2019

Total (R\$): 117,96

82670000001-9 17960009700-2 00329857401-7 00074731045-6



EMISSÃO: GESSSE 28/10/2019 11:07:13



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
End. Leitura: RUA EINSTEIN, 1264, VILA PERI
Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.730-145

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 028

Quadra: 0182

Lote: 0414

Cont: 0000

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m3}	Média Semestral ^{m3}
ÁGUA	A18N053413	258	274	18	19

DATAS

Leitura Atual: 08/10/2019

Sanção: 28/10/2019

Lacre Água: 318982

Leitura Anterior: 19/09/2019

Próxima Leitura: 11/11/2019

Lacre Boleto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	528	528	128	528	528
Analisadas	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 29 m3 | META: 23 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	68,09	Mês/Ano
ESGOTO	47,58	Água (m³)
MULTA DE 2%	2,13	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,14	OUT/2018 9 0
ACRESC.IMPONT.ÁGUA	0,02	NOV/2018 9 0
TARIFA CONTINGÊNCIA		DEZ/2018 8 0
		JAN/2019 7 0
		FEV/2019 22 0
		MAR/2019 17 0
		ABR/2019 14 0
		MAI/2019 14 0
		JUN/2019 27 21
		JUL/2019 21 16
		AGO/2019 17 13
		SET/2019 21 15

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,13
COFINS	9,63

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	133,81
VALOR DO SUBSÍDIO	16,86
VALOR TOTAL A PAGAR	117,96

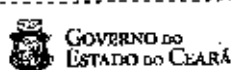
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2019	01/11/2019	117,96



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme mudanças das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3105.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPQR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 335 1919 - Uernais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0003298574 Cópia do Responsável:

Mês/Ano: 10/2019

Local: 001

Setor: 28

Quadra: 0182

Lote: 0414

Cont: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 01/11/2019

Total (R\$): 117,96



EMISSION: GESSE 28/10/2019 11:07:13



DECLARAÇÃO



SAMU
192

Atendimento Móvel de Urgência

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Everardo da Silva** - C.P.F. **408.613.923-53**, no dia **09/12/2018**, às **05h10min**, na **Rua Antonio Costa Mendes**, no **Bairro Parque São José**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P558099/2019**.

Fortaleza, 18 fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45651-1

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



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Recusada internação, avaliação física, impedido de SSVU.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM:

às

hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-558099/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 87	PONTO DE APOIO: DVO	Nº DA OCORRÊNCIA: 0122
DATA: 09/12/18	TURNO: SN	EQUIPE:
NOME: Sr. Everardo da Silva	IDADE: 52	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Antônio Costa Mendes 1560	BARRIO: Pq. São José	
REFERÊNCIA: Oposto de Pano / Siquiera	QUY: 5:40	QUY:
QTY: 4:45	QUS: 5:10	QUY: 5:40
NATURIZA DA OCORRÊNCIA: Queda de moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☒ PERVEAS	POR:	
☐ OBSTRUIDAS		

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA / AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA	☒ NORMAL ☐ ALTERADA	☒ NORMAL ☐ ALTERADA

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORTEOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL:	☒ CORADA ☐ PALIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUAVE ☐ SECA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg

ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D Consciência	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	☒ ESPONTÂNEA ☒ À VOZ ☐ À DOR ☐ PERMUDA TOTAL: 4	☒ ORIENTADO (A) / SONH (P) ☒ CONFUSO (A) / ACHORO CONSOLÁVEL ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / AGENTE (P) ☐ NENHUMA	☒ OBEDECE A COMANDOS ☐ LOCALIZA A DOR ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ FLEXÃO ANORMAL ☐ EXTENSÃO ANORMAL ☐ NENHUMA

E Exame	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Pts com luxação de ombro direito.	

SAMPLA

SA: 70	PA: 120/80	FR: 18	GLU:	OXIM: 99	TEMP:
Paciente vítima de queda de moto com luxação no ombro direito.					
Mecanismo: abalo e contusões.					

OXY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUS: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE FRANCISCO EVERARDO DA SILVA		CPF 361805	R# 2581 249784	
NOME DA MÃE MARIA PIRES DA SILVA		IDADE 02/03/1966 (52 ANOS)	RACIA DO PACIENTE PARDO	
ENDEREÇO RUA ANTÔNIO COSTA MENDES 1386 VILA PERI		CIDADE FORTALEZA	UF CE	
CEP 60.730-175				
OCORRÊNCIA				
LOCAL DO CASO (INFORMAR O LOCAL DO CASO)				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
TIPO DE CASO MEMBRO DESLOCADO DIREITO TRAZIDO PELO SAMU USB-87		NOME DO MEMBRO DESLOCAMENTO DE MEMBRO		
SINTOMAS NI		IDADE DO CASO 98 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS				
FEITO NI KO	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	TAQUICARDIA NI/NI	TAQUICARDIA NI	TAQUICARDIA NI
TEMPERATURA NI °C	ADRENALINA NI/NI			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELABOMBADEIO MARIA HELENA MOREIRA DA ROCHA		DATA E HORA DO REGISTRO 09/12/2016 09:35:48	
ÁREA DE ATENDIMENTO				
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE				
<i>francisco do alho</i> <i>30309022</i>				
DIAGNÓSTICO				
() RC () EU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RX () OUTROS				
PRESCRIÇÃO E CUIDADO				
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>francisco do alho</i> <i>Profilaxia</i>		<i>06/10</i>		
TIPO DE ALTA/BAIXA				
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS				
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL.				
DATA E HORA DO REGISTRO				

Impresso por: maria helena moreira da rocha em: 09/12/2016 às 08:38:53

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 239 do Código Penal.

Francisco Everardo da Silva
FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA
ATESTADO DE Cópia conforme original

[Assinatura]

Dados do Paciente:

Nome: Felipe Gerardo Silva
 Idade: 53 Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem. Telefone: 98.600.57.97
 Endereço: Rua São João, 500 - 1264
 Bairro: Vila Frei Cidade: Porto Alegre
 Profissão: _____
 Assinatura: [assinatura] Assinatura do Responsável: _____

Procedimento:

☒ Cirurgia ☐ Imobilização ☐ Fiação

Especialidade do Tratamento:

☒ Fisioterapia ☐ Terapia Ocupacional ☐ Serviço Social

Dias de Tratamento:

☐ 2ª e 4ª ☐ 3ª e 5ª ☐ 2ª, 4ª e 6ª
☐ Toda semana ☒ Outros: segunda, quarta e sexta

Tratamento:

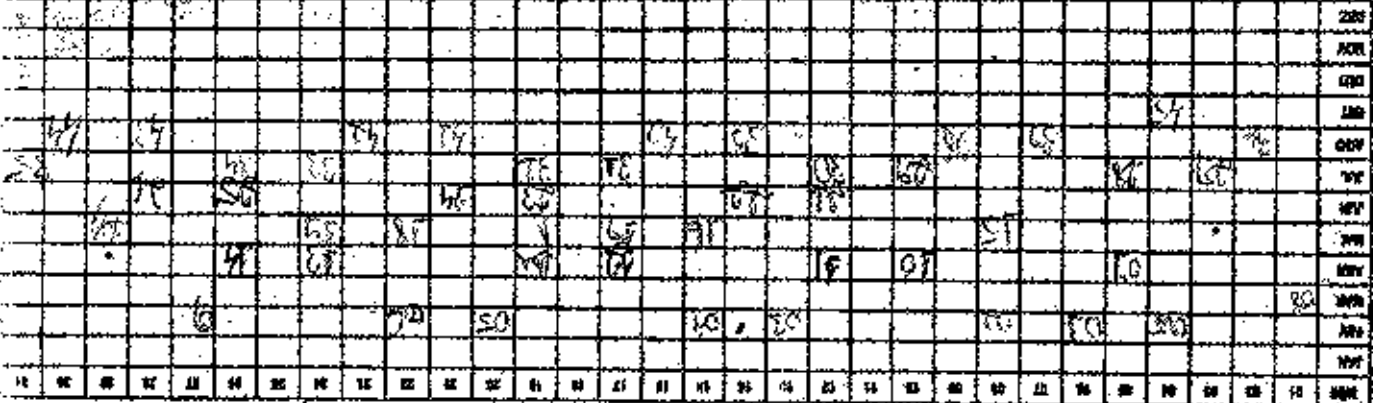
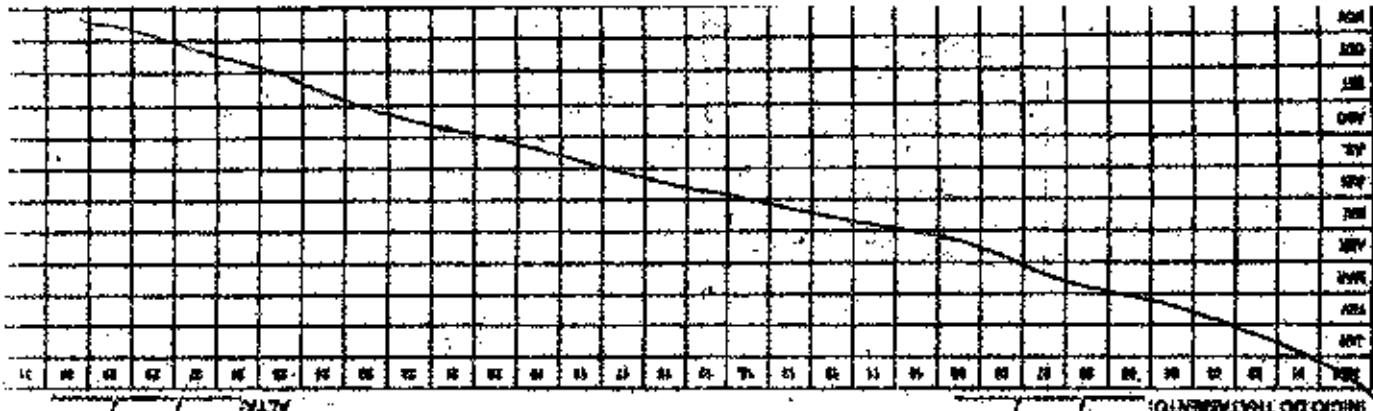
Fisioterapia: eletroneurologia
exercícios de fortalecimento
hidroterapia

Terapia Ocupacional:

[assinatura]
 Assinatura do Profissional Responsável

ER. OCUPACIONAL

FISIOTERAPIA





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEPT. MARIA JOSÉ MOURÃO DE OLIVEIRA
PROFESSORA DE FARMACIA
AV. Daltro da Silva nº 1137 - Pôrto Alegre - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone (85) 3111.7331

RECETA

Tratando de 2h

Para estudo em

Infraestrutura de

ou de inclusão de

na forma de

Ata de

de

Dr. Vitor Monte Tenório
Cirurgião de Otorrinolaringologia
CRM CE 11957 TEOT 1994

DATA 28/09/19

CRM - Médico (a)

RECEITA

F Cº Grande

h

ver

0

Alond 500

o. y.

o

12/12

DATA: 17/11/17



CSMF-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

RECETTA

Flac Evandro da Silva

Fluor. base + am.
ap. 1/2 comprimido
3x ao dia

12/12/18
S. Barroso



DATA: 12/12/18

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 3131-1322 EMAIL: secret@hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Francisco Everardo da Silva
encontra-se de ALTA do tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão do
ligamento do joelho O, tendo iniciado seu tratamento em 04/02/2011 até o dia 04/09/2013

Fortaleza, 04/09/2013

Carla Leon Evangelista Vieira

Físio (a) Luis Evangelista
Fisioterapeuta
CRF 1070-6/2010

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) F^{to} Everardo da Silva
está em tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão de ligamento do joelho
sendo iniciado seu tratamento em 04/02/2019 prosseguindo até a presente data.

Fortaleza, 07/02/2019

Carla Lúcia Evangelista Vasquez

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

Assinatura e carimbo do
Fisioterapeuta
CRM: 110.511/2019



Buscar no site



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

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: PMG0645 UF: CE CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2019	R\$84,58	Quitado	
-	2018	R\$185,50	Quitado	

Data Pagamento	Valor Pago
03/07/2018	R\$185,50

+	2017	R\$185,50	Quitado	
+	2016	R\$292,01	Quitado	
+	2015	R\$148,09	Quitado	

(*) Motocicleta

OK

Cancelar

ACESSIBILIDADE

RECETTA

Fra. Evandro de S. F.

Finec. 1000 - 1000
af. 1000000
1000000

1000000
1000000

DATA: 28/12/10



CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 3131-1322 EMAIL: secret@hdmjb0@sms.fortaleza.ce.gov.br



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Francisco Everardo da Silva
encontra-se de ALTA do tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão do
ligamento do joelho O, tendo iniciado seu tratamento em 04/02/2011 até o dia 04/09/2013

Fortaleza, 04/09/2013

Carla Leon Evangelista Vieira

Físio (a) Luis Evangelista
Fisioterapeuta
CRF 1070-6/2010

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) F^{to} Everardo da Silva
está em tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão de ligamento do joelho
sendo iniciado seu tratamento em 04/02/2019 prosseguindo até a presente data.

Fortaleza, 07/02/2019

Carla Lúcia Evangelista Vaz

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

Assinatura e carimbo do
Fisioterapeuta
CRM: 110.511/2019



DECLARAÇÃO



SAMU
192

Atendimento Móvel de Urgência

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Everardo da Silva** - C.P.F. **408.613.923-53**, no dia **09/12/2018**, às **05h10min**, na **Rua Antonio Costa Mendes**, no **Bairro Parque São José**, vítima de acidente de trânsito.

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

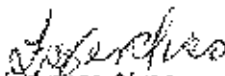
Documento requerido por meio do Processo nº **P558099/2019**.

Fortaleza, 18 fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45651-1

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



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Recusada internação, avaliação física, impedido de SSVU.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-558099/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 87	PONTO DE APOIO: DVO	Nº DA OCORRÊNCIA: 0122
DATA: 09/12/18	TURNO: SN	EQUIPE:
NOME: Fc Everardo da Silva	IDADE: 52	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Antônio Costa Mendes 1560	BARRIO: Pq São José	
REFERÊNCIA: Oposto de Pano / Siquiera	QUY: 5:40	QUY: 5:40
QTY: 4:45	QUS: 5:10	QUY: 5:40
NATURIZA DA OCORRÊNCIA: Queda de moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☒ PERVEAS	POR:	
☐ OBSTRUIDAS		

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA	☒ NORMAL ☐ ALTERADA	☒ NORMAL ☐ ALTERADA

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORTEOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL:	☒ CORADA ☐ PALIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUAVE ☐ SECA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D Nível de consciência	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	☒ ESPONTÂNEA ☒ À VOZ ☐ À DOR ☐ PERMUDA TOTAL: 4	☒ ORIENTADO (A) / SONH (P) ☒ CONFUSO (A) / ACHORO CONSOLÁVEL ☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / AGENTE (P) ☐ NENHUMA	☒ OBEDECE A COMANDOS ☐ LOCALIZA A DOR ☐ MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ FLEXÃO ANORMAL ☐ EXTENSÃO ANORMAL ☐ NENHUMA

E Exame físico	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Pts com luxação de ombro direito.	

SAMPLA

SA: 70	PA: 120/80	FR: 18	GLC:	OXIM: 99	TEMP:
Paciente vítima de queda de moto com luxação no ombro direito.					
Mecanismo: abalo e contusões.					

OXY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUS: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

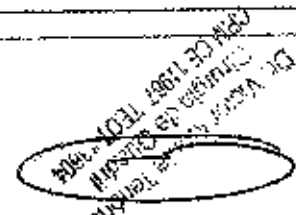


**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE FRANCISCO EVERARDO DA SILVA		CPF 361805	R# DO PACIENTE 249784	
NOME DA MÃE MARIA PIRES DA SILVA		IDADE 02/03/1966 (52 ANOS)	RACIA DO PACIENTE PARDO	
ENDEREÇO RUA ANTÔNIO COSTA MENDES 1386 VILA PERI		CIDADE FORTALEZA	UF CE	
CEP 60.730-175				
OCCORRÊNCIA				
LOCAL DO CASO (EM RESERVA PARA OPORTUNIDADES FUTURAS)				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
TIPO DE RISCO MEMBRO DESLOCADO DIREITO TRAZIDO PELO SAMU USB-87		NÍVEL DE RISCO DESLOCAMENTO DE MEMBRO		
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 98 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS				
FREQUÊNCIA NI KO	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	TEMPERATURA NI °C	PULSO NI	SATURAD NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELABOMBAÇÃO MARIA HELENTA MOREIRA DA ROCHA		DATA E HORA DO REGISTRO 09/12/2016 09:35:48	
ÁREA DE ATENDIMENTO				
TRAUMATOLOGIA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
 30309022				
SINTOMAS: ☐ RC ☐ EU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAX-X ☐ OUTROS				
PRESCRIÇÃO E CUIDADO				
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
la do antio Profil Oxen		06/10		
TIPO DE ALTA/BAIXA				
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS				
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL.		CARGO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL		

Impresso por: maria helemta moreira da rocha em: 09/12/2016 às 08:38:53

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 239 do Código Penal.

Francisco Everardo da Silva

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA
ATESTADO DE CÓPIA COM VERIFICAÇÃO OFICIAL

[Assinatura]

Dados do Paciente:

Nome: Felipe Gerardo Silva
 Idade: 53 Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Telefone: 98.600.57.97
 Endereço: Rua São João, 500 - 1264
 Bairro: Vila Frei Cidade: Porto Alegre
 Profissão: _____
 Assinatura: [assinatura] Assinatura do Responsável: _____

Procedimento:

☒ Cirurgia ☐ Imobilização ☐ Fiação

Especialidade do Tratamento:

☒ Fisioterapia ☐ Terapia Ocupacional ☐ Serviço Social

Dias de Tratamento:

☐ 2ª e 4ª ☐ 3ª e 5ª ☐ 2ª, 4ª e 6ª
☐ Toda semana ☒ Outros: segunda, quarta e sexta

Tratamento:

Fisioterapia: musculação
exercícios de fortalecimento
exercícios de alongamento

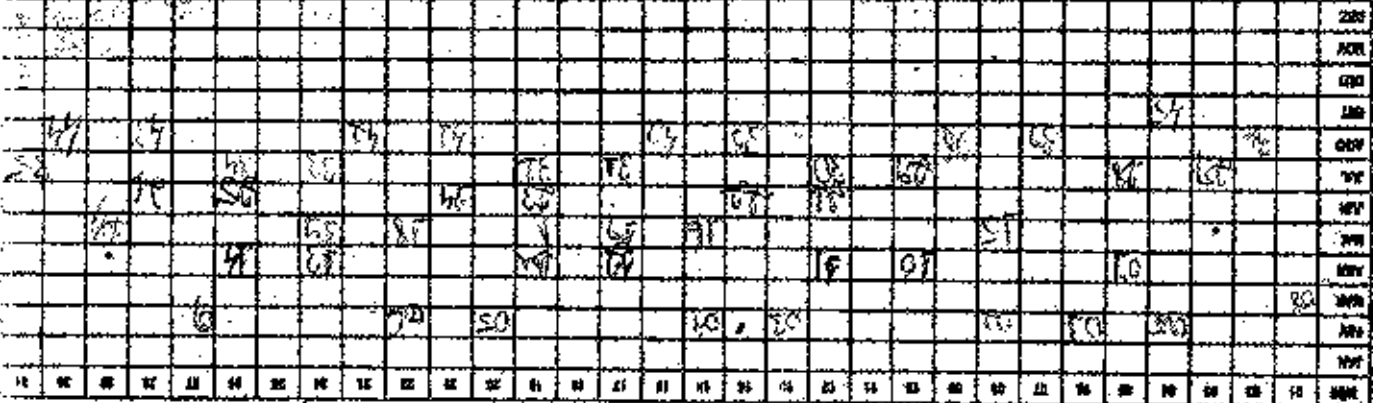
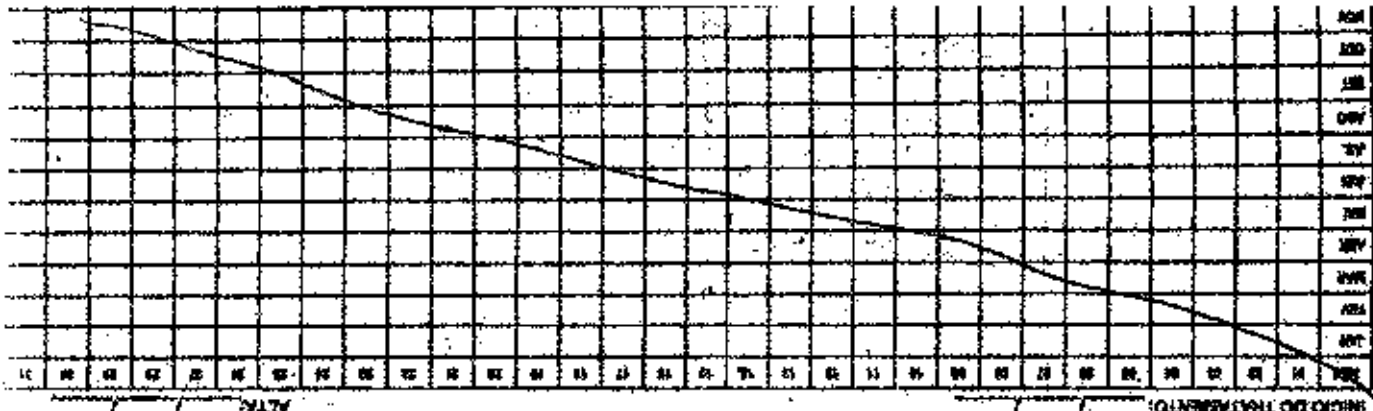
Terapia Ocupacional:

[assinatura]
 Assinatura do Profissional Responsável



ER. OCUPACIONAL

FISIOTERAPIA





PRESIDENTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEPT. MARIA JOSÉ MARIANO DE OLIVEIRA
PROFESSORIA DE FARMACOLOGIA
AV. Daltro da Silva nº 1137 - Pôrto Alegre - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3111.7331

RECETA

Tratando de 2h

Para estudo em

Infraestrutura de

ou de inclusão de

na fase de projeto

Até a data

de 10/09/19

Dr. Vitor Monte Tenório
Cirurgião de Otorrinolaringologia
CRM CE 11957 TEOT 1994

DATA 28/09/19

CRM - Médico (a)

RECEITA

F C° : Grande

h

ver unt

0

Alond 500

10/10

10/10

o. y.

DATA: 17/11/17



CSMF-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 015039793913
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1056525360 0000000000 2019

GOB. RENAVAL 0000000000 2019

EXERCÍCIO 2019

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
FORTALEZA /CE

PLACA ANT LUF 40861392353
CHASSI 9C2KC1680FR587363

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/CG150 FAN ESDI 2015 2015

2P/DCV/149CC ALUGUEL AMARELO

VENÇ. COTA ÚNICA 1º ISENTO
VENÇ. COTAS 2º CONF 3º CERT

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 08/07/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL 20/07/2019

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

CE Nº 015039793913 BILHETE DE SEGURO DPVAT

40861392353 PMG0645 /CE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204 77958735163

VIA 1 40861392353 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/07/2019

RENAVAL 1056525360 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2015 09 9C2KC1680FR587363

PREMIO TARIFARIO 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO DO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO 08/07/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC16E0F587363



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

RETRAT. CE Nº 015039793913

IDENTIFICAÇÃO DE SEGURO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 1 18/05/2010 Nº 000000000 2813

IDENTIFICAÇÃO E EXEMPLO DE VEÍCULO

PLACA 18/05/2010 Nº 000000000 2813

EXEMPLO DE VEÍCULO

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

RETRAT. CE Nº 015039793913

IDENTIFICAÇÃO DE SEGURO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 1 18/05/2010 Nº 000000000 2813

IDENTIFICAÇÃO E EXEMPLO DE VEÍCULO

PLACA 18/05/2010 Nº 000000000 2813

EXEMPLO DE VEÍCULO

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

000000000 2813

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200082668
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Everardo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Einstein, 1264
Vila Peri Fortaleza CE CEP: 60730-145
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20073140737
Data local do acidente: [09/12/2018]
Data local do exame: [02/03/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA - LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 17/02/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
HIPOTROFIA MUSCULAR E BLOQUEIO LEVE DE ABDUÇÃO, DE ROTAÇÃO E DE ADUÇÃO E MODERADO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO OMBRO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
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 o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050



R

Relatório Médico

Relato, para o devido fim, junto ao DPVAT, que o Sr. Francisco Evaristo da Silva, 53a, infirmo que sofreu acidente de trânsito, em 09.12.18, e teve lesões-ligamentares de ombro D, e submeteu-se a tratamento conservador, com imobilização com tala e fisioterapia; recebeu alta definitiva em 04/09/19, com as seguintes sequelas: hipotrofia muscular do ombro e braço DD, e déficit de força muscular do ombro e do MSD; bloqueio dos movimentos de elevação e extensão do MSD; bloqueio de rotação do ombro D; grau comprometimento funcional do ombro D em 60% de MSD em 40%.

Fortaleza,

14/01/19

Adroaldo Silveira Aragão

MÉDICO

CRM/CE 160º Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CPF 049448603-15

057/x12

CONSULTÓRIO:

Rua Tibúrcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará

Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552

CEP: 60125-100

E-mail: adroaldoaragao@hotmail.com

Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082668 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA - LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO

Descrição do exame físico: HIPOTROFIA MUSCULAR E BLOQUEIO LEVE DE ABDUÇÃO, DE ROTAÇÃO E DE ADUÇÃO E MODERADO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 17/02/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082668 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: &@1 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031241/20

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 22/01/2020
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338806/19

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 01/10/2019
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO
CPF: 858.671.443-72

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359445/19

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 15/10/2019
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO
CPF: 858.671.443-72

OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066701/20

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 19/02/2020
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383755/19

Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

CPF: 408.613.923-53

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53

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: 01/11/2019
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA
CPF: 408.613.923-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva