
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180593683

Vítima: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180593683

Vítima: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

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

Laudo do IML - Lesões corporais não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS
PORTADOR(A) DO RG Nº 98097153720 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 16/05/2012
CPF 888462013-712 / CNPJ 00000000-00-0000-00, PROFISSÃO MOTOCICLETA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.289,60 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SJSDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO FM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0016 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 161402-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 10 de DEZEMBRO de 2012
LOCAL E DATA

Jose Mauricio de Almeida Freitas
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0045347 MERC ISMAEL STA MA 10/12/2018
BANCO DO NORDESTE
14:50:55 (Horário de Brasília)
*****0555

Saldo N. 93020001-0238

AGE 00016 CONTA-CORRENTE:000161402-9
NOME: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FR
SALDO DISPONIVEL: 7.98+
SALDO BLOQUEADO: 0.00
SALDO APLICACOES: INDISPONIVEL
SLO.ATUALIZADO ATE:10/12/2018 AS 14:51
SAC BANCO DO NORDESTE 08007283030
OUVIDORIA - 0800 033 3033

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

**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

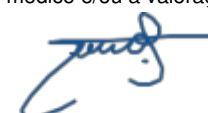
Número do Sinistro: 3190426853
Nome do(a) Examinado(a): Jose Maurilio de Almeida Freitas
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cel Honorina Maia, 630
Ancuri Fortaleza CE CEP: 60873-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 9809753720
Data local do acidente: [05/10/2018]
Data local do exame: [27/07/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO AO NÍVEL DA FALANGE PROXIMAL. TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO. EXAME DE RNM DO JOELHO: TENDINOPATIA PATELAR COM EDEMA ÓSSEO NA PATELA, CONDRPATIA DO CÔNDILO FEMORAL MEDIAL E NA PATELA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REPARAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 3º DEDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, E FISIOTERAPIA PARA O JOELHO.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 05/10/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PERDA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL E MÉDIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO. MOBILIDADE PRESERVADA PARA O JOELHO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL E MÉDIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO
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 sequela 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):
3º DEDO DA MÃO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 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> <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



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

Impresso nº 2018174806

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4585 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÁNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **23/10/2018-16:06:13**
 Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2018 08:05:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR**
 Complemento:
 Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS**
 Nascimento: **01/09/1980** CPF: **888.462.613-72**
 RG: **98097153720** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS**
JOSE MARLINO DE FREITAS
 Endereço: **RUA HONORINO MAIA, 630**
 Bairro: **PARQUE SANTA MARIA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98840-0434**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXD1252** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC08205R015107 Renavam: **848289870** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
 Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JOSE MARLINO DE FREITAS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A vítima afirma que no local, horário e data acima mencionados trafegava sozinho na motocicleta de placa HXD-1252, de propriedade de seu pai José Marlino de Freitas, vinha no sentido Messejana, quando um veículo, de placas não anotadas, avançou a preferencial, colidindo com a motocicleta que pilotava; QUE caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pela ambulância do SAMU para o IJF Centro, onde recebeu atendimento; Que, perdeu um dedo da mão direita que está imobilizada e não pode assinar; Que, compareceu nesta delegacia acompanhado de sua companheira DANIELE FREITAS DE LIMA. 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 DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÁNSITO

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÁNSITO

Consolidado em: 23/10/2018 16:30:32

Pág. 1 de 2

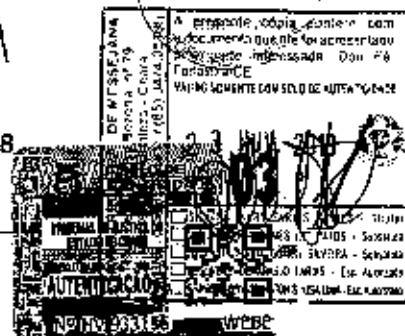
Impresso em: 23/10/2018 16:30:32

Danielo Freitas de Lima

RECEBIDO
 1º DEZ 2018
 Seguradora Líder DPVAT

RECEBIDO
 1º DEZ 2018
 Seguradora Líder DPVAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA





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



Impresso nº 2018174806

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4585 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

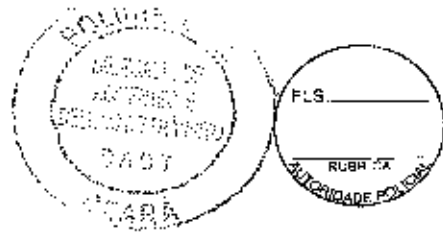


Daniel Freitas de Lima





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



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4585 / 2018

GUIA Nº 301 - 1321 / 2018

FORTALEZA, 23 de Outubro de 2018

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **MORADA NOVA/CE**

Data de Nascimento: **01/09/1980**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Grau de Instrução: **2o. GRAU COMPLETO**

Profissão: **AJUDANTE DE CARGA E
DESCARGA**

Filiação:

JOSE MARLINO DE FREITAS

MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS

Documento de Identificação: **RG**

Número: **98097153720**

Órgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

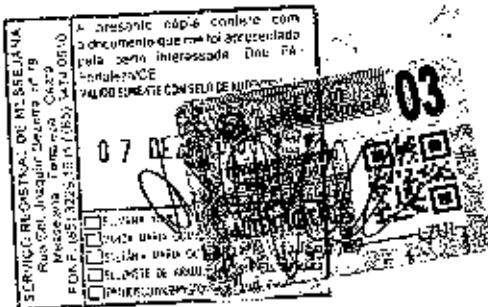
Residência: **RUA HONORINO MAIA, 630, PARQUE SANTA MARIA - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R PADRE PEDRO DE ALENCAR, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **05/10/2018 08:05**

Observação: **PARA FINS DE SEGURO DPVAT; VÍTIMA AFIRMA TER SOFRIDO ACIDENTE
DE TRANSITO**

Lauda para: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**



769419
25.10.18
08:58
Forteza, 23 de Outubro de 2018
Assinatura: [assinatura]

DELEGADO(A) JOSE RODRIGUES JUNIOR - 126788-1-9

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO a Guia de número 1321 / 2018 do município de FORTALEZA.

Em _____

Nome/Assinatura



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

Impresso nº 2018174806

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4585 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2018 16:06:13**
Data / Hora da Ocorrência: **05/10/2018 08:05:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS**
Nascimento: **01/09/1980** CPF: **888.462.613-72** UF: **CE**
RG: **98097153720** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS**
JOSE MARLINO DE FREITAS
Endereço: **RUA HONORINO MAIA, 630**
Bairro: **PARQUE SANTA MARIA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98840-0434**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXD1252** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC08205R015107 Renavam: **848289870** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JOSE MARLINO DE FREITAS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A vítima afirma que no local, horário e data acima mencionados trafegava sozinho na motocicleta de placa HXD-1252, de propriedade de seu pai José Marlino de Freitas, vinha no sentido Messejana, quando um veículo, de placas não anotadas, avançou a preferencial, colidindo com a motocicleta que pilotava; QUE caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pela ambulância do SAMU para o IJF Centro, onde recebeu atendimento; Que, perdeu um dedo da mão direita que está imobilizada e não pode assinar; Que, compareceu nesta delegacia acompanhado de sua companheira DANIELE FREITAS DE LIMA. 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 DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 23/10/2018 16:30:32

Pág. 1 de 2

Impresso em: 23/10/2018 16:30:32

Daniel Freitas de Lima





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



Impresso nº 2018174806

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4585 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



Daniel Freitas de Lima.





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



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4585 / 2018

GUIA Nº **301 - 1321 / 2018**

FORTALEZA, 23 de Outubro de 2018

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **01/09/1980**

Grau de Instrução: **2o. GRAU COMPLETO**

Filiação:

JOSE MARLINO DE FREITAS

MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS

Naturalidade: **MORADA NOVA/CE**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Profissão: **AJUDANTE DE CARGA E
DESCARGA**

Documento de Identificação: **RG**

Número: **98097153720**

Órgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Residência: **RUA HONORINO MAIA, 630, PARQUE SANTA MARIA - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R PADRE PEDRO DE ALENCAR, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **05/10/2018 08:05**

Observação: **PARA FINS DE SEGURO DPVAT; VÍTIMA AFIRMA TER SOFRIDO ACIDENTE
DE TRANSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**



769419
25/10/18
08:58
[Signature]

[Signature]

DELEGADO(A) **JOSE RODRIGUES JUNIOR - 126788-1-9**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO a Guia de número **1321 / 2018** do município de **FORTALEZA**.

Em **___/___/___**

Nome/Assinatura



DECLARAÇÃO

17/10



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **José Maurílio de Almeida Freitas** - C.P.F. 888.462.613-72, no dia **05/10/2018**, às **09h46min**, na **Rua Padre Pedro de Alencar**, no **Bairro Messejana**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pela Sra. **Sandra Helena Silva de Almeida Freitas**. Processo nº **P391741/2018**.

Fortaleza, 16 de outubro de 2018.

Atenciosamente,

comprovação de ato declaratório



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

Mauricio Lopes alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P. 391741/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: U-5-I-07	PONTO DE APOIO: C.S.A.	Nº DA OCORRÊNCIA: 0232
DATA: 05/10/2018	TURNO: 12h	EQUIPE: Gledson E. Almeida
NOME: José Maurício de Almeida Freitas	IDADE: 58	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Padre Pedro de Almeida 7880		
REFERÊNCIA:	BAIRRO: Torororua	
QTY: 9:31	QUS: 9:46	QUY: 10:30
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Coluna como moto.		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
---	-------------------------------------	------

A Voz	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
	☐ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO	☒ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA
	LOCAL:		☒ < 2 seg ☐ > 2 seg	☒ SIM ☐ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

D Neurologia	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA-VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☐ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1
	TOTAL: 15		
	PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS		

E Exatidão	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Intervenção em pulso (D) e amputação em extre- midades, do 3º dedo direito	

SAMPLA

FC: 83	PA: 100/68	FR: 20	GUC: -	OXIM.: 96	TEMP.: -
--------	------------	--------	--------	-----------	----------

paciente consciente, alerta, vítima de colapso como moto
portadora expulsa, chega síncope, com lacrimas e frêmitos
fechados em MID, com amputação do 3º dedo D, neutralizado com pinça
Rua Onorino mãe, 615 com mais fisiologia + eu
Parque, sente mais nítido compressão, refere dor em
torax D, + estorruco em torax e coluna cervical e
torço D.

Nº dos Grupos: 1000000000
Entidade: 1000000000
CORRIGIR: 1000000000

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ACIDENTE DE MOTOCICLETA



☐ COM CAPACETE

☐ SEM CAPACETE

Alencar M. Aguiar

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

S/ Responsável

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: IJSF - CENTRO

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Dr. N. Charles M. Cruz
CRM 2920
Médico/Pediatrica/DF

5/10/2018
EM: *17:29*

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 URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



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



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4585 / 2018

GUIA Nº **301 - 1321 / 2018**

FORTALEZA, 23 de Outubro de 2018

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **01/09/1980**

Grau de Instrução: **2o. GRAU COMPLETO**

Filiação:

JOSE MARLINO DE FREITAS

MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSP**

Residência: **RUA HONORINO MAIA, 630, PARQUE SANTA MARIA - FORTALEZA/CE**

Local da Ocorrência: **R PADRE PEDRO DE ALENCAR, MESSEJANA - FORTALEZA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **05/10/2018 08:05**

Observação: **PARA FINS DE SEGURO DPVAT; VÍTIMA AFIRMA TER SOFRIDO ACIDENTE DE TRANSITO**

Laudo para: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

Naturalidade: **MORADA NOVA/CE**

Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**

Profissão: **AJUDANTE DE CARGA E DESCARGA**

Número: **98097153720**

UF: **CE**



769419
DATA 25/10/18
HORA 08:58
ASSINATURA

DELEGADO(A) **JOSE RODRIGUES JUNIOR - 126788-1-9**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO a Guia de número **1321 / 2018** do município de **FORTALEZA**.

Em ____/____/____

Nome/Assinatura





DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **José Maurílio de Almeida Freitas** - C.P.F. 888.462.613-72, no dia 05/10/2018, às 09h46min, na Rua Padre Pedro de Alencar, no Bairro Messejana, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pela Sra. **Sandra Helena Silva de Almeida Freitas**. Processo nº P391741/2018.

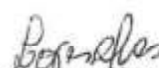
Fortaleza, 16 de outubro de 2018.

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

Mauricio Lopes alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-391741/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

CULO: U.S.I-07
A: 05/10/2018
ME: José Maurício de Almeida Freitas
EREÇO: Rua. Padre Pedro de Alencar 1880
RÊNCIA: 9:31
QUS: 9:46
QUY: 10:30
BAIRRO: Moragana
JREZA DA OCORRÊNCIA: Colono/Lano/moto
Nº DA OCORRÊNCIA: 0252
TURNO: 12h
EQUIPE: Guea 81. Eleny Luperina
IDADE: 38
SEXO: M

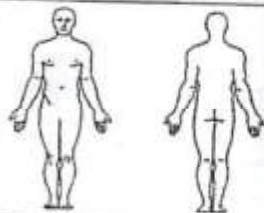
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

OSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)	
RESPONSIVO		☒ PRESENTE		☒ PRESENTE	
NÃO RESPONSIVO		☐ AUSENTE		☐ AUSENTE	
☒ PÉRVEAS		POR:		☐ OBSTRUÍDAS	
PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	
☒ EUPNEICO		☒ NORMAL		☒ NORMAL	
☐ TAQUIPNEICO		☐ ALTERADA:		☐ ALTERADA:	
☐ BRADIPNEICO					
☐ AGÔNICA/AUSENTE					
PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	
☐ NORMOCÁRDICO		☒ CORADA		☒ ≤ 2 seg	
☐ TRAQUICÁRDICO		☐ PÁLIDA		☐ > 2 seg	
☐ BRADICÁRDICO		☐ CIANÓTICA			
☒ CHEIO		☐ SUDOREICA		SANGRAMENTO EXTERNO	
☐ FILIFORME		☐ SECA		☒ SIM	
☐ IMPALPÁVEL		☐ QUENTE		☐ NÃO	
☐ FRIA					

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

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA ☐ 4		ORIENTADO (A) / SORRI (P)		OBEDECE A COMANDOS ☐ 6	
À VOZ ☐ 3		CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL		LOCALIZA A DOR ☐ 5	
À DOR ☐ 2		PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)		MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	
NENHUMA ☐ 1		SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)		FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
TOTAL: 15		NENHUMA		EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2	
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)				NENHUMA ☐ 1	
☐ ALTERADAS					

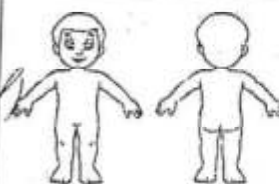
ADULTO



LESÕES

Intumesc. em pulc. ①
e em pulc. em extre-
midades do 3º e 4º membros
superiores.

PEDIÁTRICO



SAMPLA

COREN-CE 00043055

33 PA: 100/60 FR: 20 GLIC.: — OXIM.: 96 TEMP.: —
Paciente com queixa de dor no abdômen, com início súbito, em epigástrio, com irradiação para a região da umbilical e para a região da hipocôndria direita. O paciente também relata náuseas e vômitos. O exame físico revela dor à palpação no epigástrio e na região da hipocôndria direita. O paciente está consciente e orientado.

HISTÓRIA DO DOENTE: QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUS: SAÍDA DO LOCAL DA

UNIDADE DE SAÚDE; QUI: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

M. dos Gracios, Flávia
Enfermeira
COREN-CE 00043055

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ACIDENTE DE MOTOCARRO



☐ COM CAPACETE

☐ SEM CAPACETE

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE:

IJF - CENTRO

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:

Dr. N. Charles M. Cruz
CRM 2920
Médico/Pediatrica/DF

EM:

5/10/2018 às 17:09

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:



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: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00016

CONTA: 000000161402-9

Nr. da Autenticação 1FA322E898187398



Declaração do Proprietário do Veículo

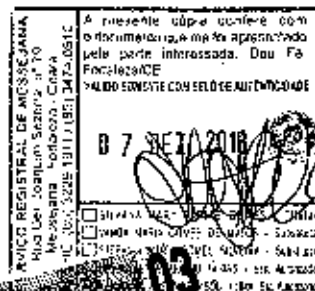
Eu, José Marlino de Freitas, RG nº 200.301.003.489-2, data de expedição 21/1/2003, órgão SSP-CE, portador do CPF nº 256.398.623-00, com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de Ceará, onde resido na Rua Honorino Maia, 630, Ancuri, complemento Parque Santa Maria, Fortaleza – CE, CEP 60. 873 – 000, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Maurílio de Almeida Freitas, cujo o condutor era o mesmo. Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA /CG 150 TITAN ESD VERMELHA Ano Fabricação: 2004 Ano modelo: 2005 Placa: HXD-1252 Chassi: 9C2KC08205R015107 Renavran 848289870 Data do Acidente: 05/10/2018.

Local e Data:

Fortaleza, 16/11/2018

Assinatura do Declarante

José Marlino de Freitas





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

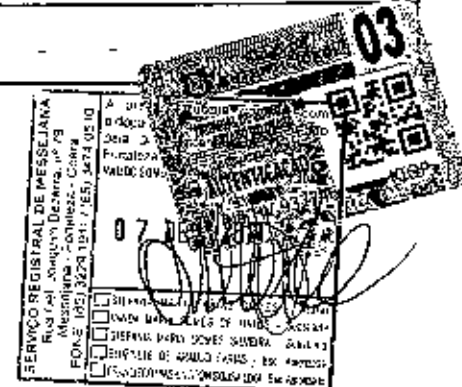
SAÚDE **HOSPITALAR**

Emitido em: 05/10/2018 18:4:51

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 05/10/2018 10:32:02	
CNS: 701000810523680	NOME: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS		Registro: 5583834		
CPF: 88846261372	RG: 88087153720	D. NASC: 01/09/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Pardo
NOME DA MÃE: MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS		NOME DO PAI: JOSE MARLINO DE FREITAS			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: HONORINO MAIA		Nº: 530	BAIRRO: PARQUE SANTA MARIA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 80873000	
NOME:		PARENTESCO:	TELEFONE:		
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:	
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou caminhonete					
QUEIXAS: DOR TORÁCICA, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 3 QRD D, SANGRAMENTO NO MID, APÓS COLISÃO MOTO/CARRO					
OBSERVAÇÕES:					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública Escala de Dor: Moderado PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

Sr. Mamilio de Almeida Freitas

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 10 de 10 de 2008 às 10 h.

Tendo como causa do socorro atendimento médico, necessitando
de afastamento das atividades laborais
por um período de 30 (trinta) dias

Observações:

Fortaleza, 05 de 10 de 2008

Médico de Plantão - CRM:

André Augusto Pinho
Médico
CREMEC 19223

CPF:



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: José Maurício de Almeida Freitas
BE / Prontuário: _____

Ambulatório da Cruz Vermelha

Marcação de consulta - SPA

tel: (85) 3255-5185

André Spínola Pinto
Médico
CREMÉC 19223

Data: 05/10/18

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente:

Ex: Manoel de A. Freitas

BE / Prontuário:

Articulatório de Carga Plástica

Marcação de Amarelta - 8774

R (85) 3255-5185

Ass. André Pinho
Médico
CRM/DF 19223

Data: 25/10/18

Ass./Carimbo do Médico

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <u>José Manoel de Almeida Freitas</u>			
Endereço: _____			
Prescrição: <u>2 USO ORAL</u> <u>O Cefalexina 500mg</u> <u>6x</u> <u>Tomar 05 comp de 6/6h por 10 dias</u> <u>O Streptoceno 400mg</u> <u>3x</u> <u>Tomar 03 comp de 8/8h por 03 dias</u>			
Data: <u>05/10/18</u>		Carimbo e Assinatura do Médico <u>Andre Simão Pinto</u> CRM: 2223	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		FORNECEDOR	
Nome: _____		Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Nº Ident.: _____ UF: _____		Fornecedor: _____	
Endereço: _____		_____	
Nº: _____ Bairro: _____		_____	
Cidade: _____ UF: _____		_____	
CEP: _____ Tel.: _____		Carimbo e Assinatura	



Prefeitura de
Fortaleza

Sociedade Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Jose Manoel de Almeida Farias
BE / Prontuário: _____

A UNIDADE BÁSICA

Paciente Vítima de acidente
com moto em 05/10/18.

Sem evidências de fraturas.

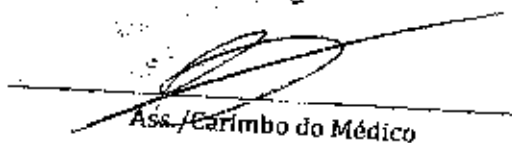
Suspeita de lesão ligamentar

Necessita de Ressuscitação

Monitoria de Joelho (D)

para investigação complementar.

Data: 25/10/18


Ass. / Carimbo do Médico





Prefeitura de
Fortaleza

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: JOSE MAURICIO DE ALMEIDA FILHO

BE / Prontuário: _____

14

FISIOTERAPIA

MOTORA

20 Sessões

Contusão em Joelho

Direito (Lesão Ligamentar?)

Artroscopia + Curativo de ADM.

Data:

25/10/18

LUIZ CARLOS ALVES

DR. CARLOS ALVES

Ass. / Carimbo do Médico

Prontuário

Nome: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

End. Residencial: RUA RIO JORDAO, 99 JANGURUSSU 60870730 FORTALEZA-CE

Sua consulta está marcada para: ~~05/11/2018~~

12/11/2018

Com o profissional: CARLOS HENRIQUE DE OLIVEIRA ARAUJO - MEDICO DO PSF

Endereço: RUA IRACEMA, 1100 - Telefone: 85 3488 3160

07:45

Por favor:

Compareça na recepção da unidade de saúde na data da consulta e confirme a sua consulta às 14:45. Caso a sua reserva não seja confirmada a sua vaga será destinada para outro usuário.

NÃO SERÃO CONFIRMADAS CONSULTAS COM ANTECEDÊNCIA MAIOR QUE 15 MIN AO HORÁRIO DA CONFIRMAÇÃO DESCRITO ACIMA.

PARA A CONSULTA TRAGA UM DOCUMENTO COM FOTO E OS CARTÕES DE VACINA E DO SUS.

Atenciosamente,



PA 330180
R\$ 1,400

a coordenação.

Ext 3,65

Guia de Encaminhamento para Especialista - Interconsulta / Referenciamento

Prontuário

Nome: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS - Masculino - 01/09/1980 (38 anos)
Cartão Nacional: Priorização - Filia de Espera: **ALTA PRIORIDADE**
Nome da Mãe: MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS Nome do Pai:
Endereço: RUA RIO JORDAO, 90 - JANGURUSSU - FORTALEZA - CEP: 60870730
Telefones: (85)886594052 (85)88400434
Documentos: - Prontuário: 7118279

Serviço de Destino

Especialidade: AVALIACAO FISIOTERAPIA - POLICLINICA
0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)

Diagnóstico: S800 TRAUM SUPERF DA PERNA / CONTUSAO DO JOELHO

Motivo do Encaminhamento:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 05/10/2018, SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURAS, COM SUSPEITA DE LESÃO LIGAMENTAR NO JOELHO DIREITO, JÁ AVALIADO POR ORTOPEDISTA QUE SUGERIU REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA DE JOELHO DIREITO E SOLICITOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

FORTALEZA, 12 de Novembro de 2018



CARLOS HENRIQUE ARAÚJO
Médico
CRM 11375

CARLOS HENRIQUE DE OLIVEIRA ARAUJO
CRM - 11375 / CNS: 980016283668394
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

APAC - Laudo de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

Estabelecimento: 7918445 - UAPS MARCUS AURELIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

Nº Prontuário: 7118279

Cartão Nacional:

Data Nascimento: 01/09/1980

Sexo: M

Raça/Cor: 4

Etnia:

Nome da Mãe: MARIA SILVA DE ALMEIDA FREITAS

Celular: (85)986594052

Nome do Responsável:

Telefone: (85)88400434

Endereço: RUA RIO JORDAO, 90 - JANGURUSSU

Município Residência: FORTALEZA

Cód. Insc. 2304400

UF: CE

CEP: 60870730

Peso: 77,7 Altura: 1,65 Cintura (cm): 0 Quadril (cm): 0 Índice Cintura/Quadril:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Principal: 0207030030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

Qtde: 1

Serviço Classificação:

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Diagnóstico: CONTUSAO DO JOELHO

CID Principal: S800

CID Secundário:

CID Causas Associadas:

Observações:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 05/10/2018, SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURAS, COM SUSPEITA DE LESÃO LIGAMENTAR NO JOELHO DIREITO, JÁ AVALIADO POR ORTOPEDISTA QUE SUGERIU REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA DE JOELHO DIREITO E SOLICITOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

SOLICITAÇÃO

Nome Profissional Solicitante:

CARLOS HENRIQUE DE OLIVEIRA ARAUJO

Data da Solicitação:

12/11/2018 11:09

Assinatura e Carimbo (Registro Conselho)

CARLOS HENRIQUE ARAUJO
Médico
CREMPC 11375

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Solicitante:

980016283668384

AUTORIZAÇÃO

Nome Profissional Autorizador:

Cód. Órgão Emissor:

Nº da Autorização (APAC):

Cartão Nacional de Saúde do Profissional Autorizador:

Data Autorização:

Assinatura e Carimbo (Registro no Conselho):

Período de Validade da APAC

2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Estabelecimento:



JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

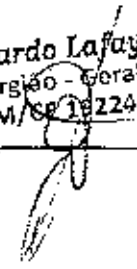
RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA DE MAO DIREITA APRESENTANDO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE MÉDIA E DISTAL DE 3QDD. REALIZADO COTO DE AMPUTAÇÃO DIA 05/10/2018. NO MOMENTO PACIENTE EM ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA.

cid: z42.9

Fortaleza, 20/11/2018

Dr. Eduardo Lafayette
Cirurgião - Geral
CRM/SP 19224





NOME: Joni Naurilio de Almeida Freitas

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA PARA: mão (D)

MOTIVO:

☐ pós-operatório (TENORRAFIA _____)

☐ pós-operatório de fratura(s) _____

☒ por lesão de compressão de fêmur médio e distal de 30.000.

OBS:

Após o termino da fisioterapia, solicitar ao fisioterapeuta um laudo para posterior reavaliação e agendar retorno ao ambulatório de cirurgia plástica do UF.

Dra. Virgínia Alves
MÉDICA
CRM 10.000

20/10/13

COOPERATIVA DE CREDITO
 COOPERATIVA DE CREDITO
 COOPERATIVA DE CREDITO

NOME
 JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

DOCUMENTOS / ENDEREÇO UF
 98097153720 55P CE

CPF DATA NASCIMENTO
 888.462.613-72 01/09/1980

FILIAÇÃO
 JOSE MARLINO DE
 FREITAS
 MARIA SILVA DE ALMEIDA
 FREITAS

PERMISSÃO RDC CALHA
 15/09/2022 25/04/2013

Nº RESUMO
 05762643423

OBSERVAÇÕES
 EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
 Jose Maurilio de Almeida Freitas

LOCAL DATA EMISSÃO
 FORTALEZA, CE 20/09/2017

22831555235
 CE161426077

CEARÁ

VALEDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1544727800

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1544727800

documentos de identificação



COOPERATIVA DE CREDITO
 COOPERATIVA DE CREDITO
 COOPERATIVA DE CREDITO

NOME
 JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

DOCUMENTOS / ENDEREÇO UF
 98097153720 55P CE

CPF DATA NASCIMENTO
 888.462.613-72 01/09/1980

FILIAÇÃO
 JOSE MARLINO DE
 FREITAS
 MARIA SILVA DE ALMEIDA
 FREITAS

PERMISSÃO RDC CALHA
 15/09/2022 25/04/2013

Nº RESUMO 05762643423

OBSERVAÇÕES
 RAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
 Jose Maurilio de Almeida Freitas

LOCAL DATA EMISSÃO
 FORTALEZA, CE 20/09/2017

22831555235
 CE161426077

CEARÁ

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1544727800

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1544727800

Documentos de identificação





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza

Registro N. **769419 / 2018**

Digitacao: 25/10/2018 (ANTONIO TAVARES)
Livro: 2228 Pagina: 675

LAUDO DO IML - Lesões corporais



Enviar para **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**
EXAME SEGURO DPVAT

Em 25 de outubro de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

ANTONIO TAVARES DA SILVA

CREMEC: 6867

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

JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

a fim de ser atendida a requisição de nº 1321 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:16h de 25/10/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

HISTÓRICO: Periciando refere ter sido vítima de ocorrência em trânsito em 05/10/2018, às 08 horas e 05 min.

DOCUMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES: Porta Registro de Atendimento Emergencial, com timbre do IJF (Instituto Dr. José Frota), do dia 05/10/2018, sem assinatura médica, onde lê-se "dor torácica, amputação traumática do 3º quirodáctilo direito, sangramento no MID (membro inferior direito), após colisão moto-carro" AO EXAME cicatrizes hipertróficas em joelho direito e mão direita; 3º dedo da mão direita amputado; limitação de movimentos e edema em joelho direito.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexa causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

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

Resposta em exame complementar com laudo de médico assistente.

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

ANTONIO TAVARES DA SILVA
CREMEC: 6867

SELLO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ



Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço: dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código 724a41e4f20e181



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

**Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Traumatologia Forense**

LAUDO PERICIAL

2019.0012140

Natureza do exame: Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)
Referência: B.O: - 301-4585/2018

Documento solicitante: Guia - 553/2019

Órgão solicitante: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito



 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Traumatologia Forense
LAUDO PERICIAL	Número: 2019.0012140
Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)	Páginas: 2/3

No dia 05 de Junho de 2019, no Núcleo de Traumatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Fortaleza-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) José Mario De Lima Júnior para proceder exame de Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito de acordo com o(a) Guia de número 553/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

ENVOLVIDO(S):

JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

HISTÓRICO:

Periciando comparece para exame de Sanidade em Lesão Corporal às 14h40min de 05/06/2019. Afirma ter sido lesionado na mão, no joelho e no pé direitos em consequência de acidente de moto ocorrido em 05/10/2018. Após o acidente, afirma ter sido socorrido ao IJF. Relata ter sido submetido a cirurgia de "bolacha do joelho e amputação de um dedo da mão direita" (sic). Quanto ao joelho, afirma que precisou realizar exames para definir se seria necessário realizar cirurgia complementar, mas exames posteriores descartaram essa necessidade. Afirma já encontrar-se de alta médica, referindo limitações motoras no joelho direito e sequelas decorrentes da amputação de parte de um dedo da mão direita. Apresenta Boletim de Ocorrência N° 301-4585/18 da Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito que corrobora com o relato sobre o acidente alegado.##

DOCUMENTAÇÃO

MÉDICA

APRESENTADA:

1. Laudo Médico em timbrado do IJF datado de 04/05/2019 e assinado pelo Dr. Osmar Azevedo Aguiar Filho CRM 5403 do qual se extrai: "(...) Paciente vítima de acidente de moto, sendo admitido no IJF em 05/10/2018, às 10:32min, com fratura amputação de 3° QDD. Submetido a tratamento cirúrgico com desbridamento + confecção de coto de amputação em 3° QDD e suturas das lesões na mão direita no dia 05/10/2018, evoluindo sem intercorrências, recebeu alta hospitalar no dia 05/10/2018.";

2. Laudo de RM do joelho direito datado de 24/01/2019 e assinado pela Dra Katyane Moreira dos Santos CRM 10055 do qual se extrai: "(...)ligamentos cruzados anterior e posterior, colaterais tibial e fibular de morfologia, orientação e intensidade de sinal preservados. O mesmo se observa em relação ao tendão do quadríceps (...) não há sinais de líquido livre intra-articular significativo (...) IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: -Condropatia no côndilo femoral medial e na patela. -Sinais de tendinopatia do tendão patelar com edema ósseo na patela e líquido/reação inflamatória no subcutâneo adjacente."##

AO

EXAME

FÍSICO:

1. Amputação parcial do terceiro dedo da mão direita ao nível da articulação interfalangeana proximal, com cicatrização completa da pele do coto distal de amputação;

2. Edema infrapatelar no joelho direito, sem flutuação ou movimento de gaveta. Há limitação da



AA 129196

 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ Perícia Forense do Estado do Ceará	Perícia Forense do Estado do Ceará Coordenadoria de Medicina Legal Núcleo de Traumatologia Forense
LAUDO PERICIAL	Número: 2019.0012140
Sanidade em Lesão Corporal (DPVAT)	Páginas: 3/3

amplitude de movimento extensora e flexora deste joelho se comparado ao contralateral em grau residual.##

DISCUSSÃO MÉDICO-LEGAL E CONCLUSÃO:
Trata-se, pois, de ofensa à integridade corporal com documentação em anexo que produz convicção pericial quanto ao nexa causal e temporal com o acidente de trânsito alegado. Há elementos à perícia documental e ao exame físico que permitem firmar convicção de que o periciando foi submetido a cirurgia reparadora de fratura/amputação do terceiro dedo da mão direita. Quanto às lesões de joelho direito, não há vestígios ao exame físico e radiológico de lesão a estruturas osteo-ligamentares com sequela definitiva, tendo restado, somente, edema e limitações motoras em grau residual. Na conformidade do Art. 3º ou do Anexo da Lei 6194/74, trata-se de uma perda funcional permanente incompleta, de repercussão residual (10%, conforme inciso II do parágrafo 1º do Art. 3 da Lei 6194/74), afetando o joelho direito, o qual representa 25% de perda funcional (conforme o supracitado anexo). Deste modo, produz-se o cômputo final de 2,5% para o joelho direito. Quanto às sequelas na mão direita, de acordo com o que preconiza o supracitado dispositivo legal, tem-se uma perda anatômica de duas falanges das três deste dedo, o que representa, portanto, dois terços de perda sobre os 10% que são atribuídos a um dedo de uma mão. Deste modo, produz-se o cômputo final de 6,66% para o dedo amputado. O somatório dos dois percentuais resulta num cômputo geral de 9,16%.##

QUESTITOS:

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

RESPOSTAS AOS QUESTITOS:

Resposta ao 1º) Na conformidade do Art. 3º ou do Anexo da Lei 6194/74, trata-se de perda funcional permanente incompleta afetando o joelho direito - 2,5% associada a perda anatômica incompleta de um dedo de uma mão - 6,66%. Deste modo, produz-se o cômputo final de 9,16%.##

05 de Junho de 2019

Dr(a) José Mario De Lima Júnior
Médico Perito Legista Matrícula: 3001361-1
CREMEC 9889





Registro N. **769419 / 2018**

Digitacao: 25/10/2018 (ANTONIO.TAVARES)
Livro: 2228 Pagina:675

Enviar para **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

EXAME SEGURO DPVAT

Em 25 de outubro de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

ANTONIO TAVARES DA SILVA

CREMEC: 6867

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

JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

a fim de ser atendida a requisição de nº 1321 / 2018, emitida pelo (a) **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO** descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:16h de 25/10/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

HISTÓRICO: Periciando refere ter sido vítima de ocorrência em trânsito em 05/10/2018, às 08 horas e 05 min.

DOCUMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES: Porta Registro de Atendimento Emergencial, com timbre do IJF (Instituto Dr. José Frota), do dia 05/10/2018, sem assinatura médica, onde lê-se "dor torácica, amputação traumática do 3º quirodáctilo direito, sangramento no MID (membro inferior direito), após colisão moto-carro". AO EXAME: cicatrizes hipercrômicas em joelho direito e mão direita; 3º dedo da mão direita amputado; limitação de movimentos e edema em joelho direito.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

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

Resposta em exame complementar com laudo de médico assistente.

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

ANTONIO TAVARES DA SILVA
CREMEC: 6867

SELO DE AUTENTICIDADE
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

DATA DO ACIDENTE 05.10.2008 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 888462613-72

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____ Tel.: () _____

Data _____ Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____

Atendente _____

Data: _____ Assinatura: _____

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

DATA DO ACIDENTE 05.10.2008 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 888462613-72

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data de alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____ Tel. () _____

Data _____ Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

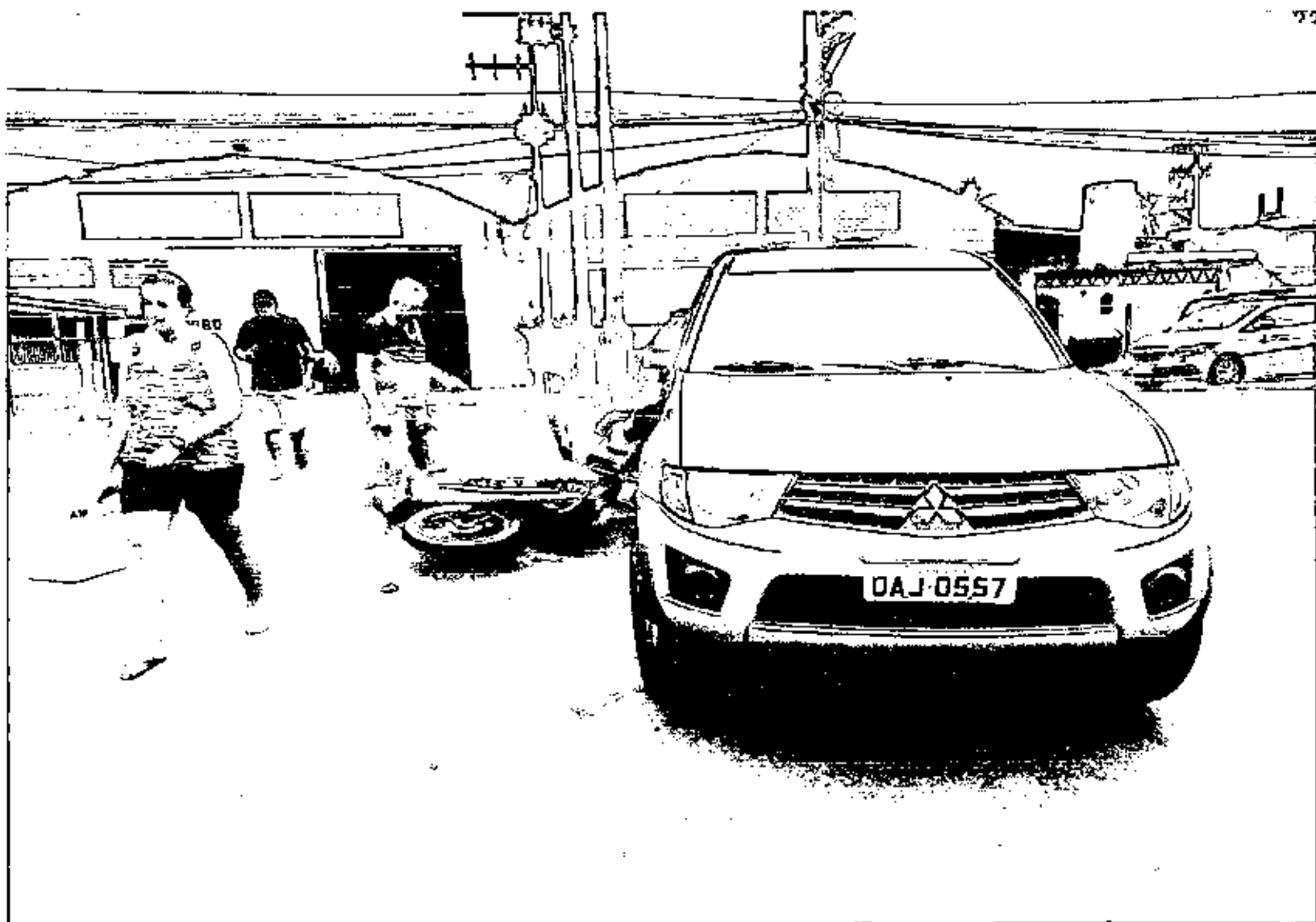
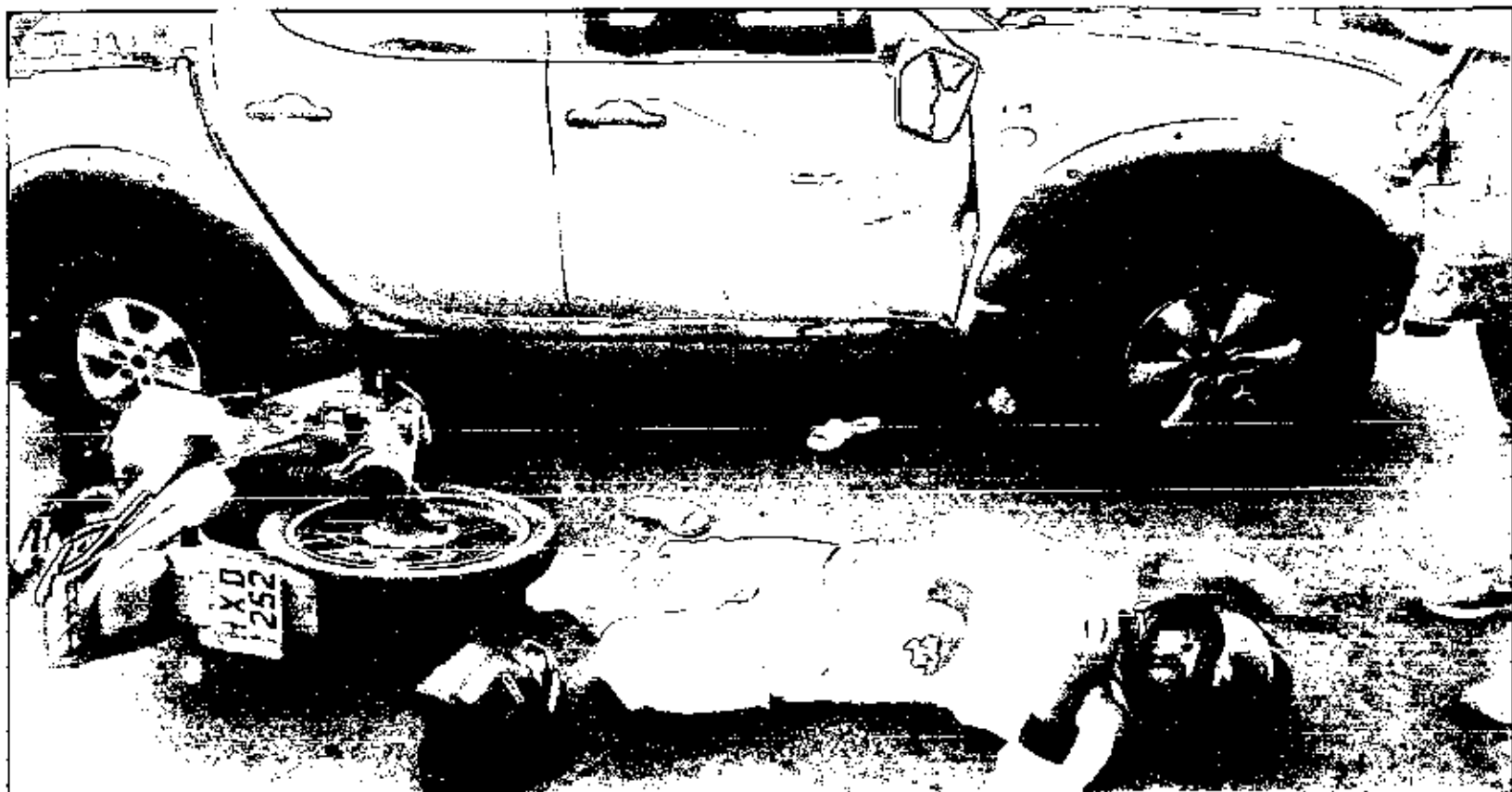
Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____

Atendente _____ Matrícula _____

Data: _____ Assinatura: _____







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426853 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO AO NÍVEL DA FALANGE PROXIMAL. TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO. EXAME DE RNM DO JOELHO: TENDINOPATIA PATELAR COM EDEMA ÓSSEO NA PATELA, CONDROPATIA DO CÔNDILO FEMORAL MEDIAL E NA PATELA.

Descrição do exame físico: PERDA ANATÔMICA DA FALANGE DISTAL E MÉDIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO. MOBILIDADE PRESERVADA PARA O JOELHO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CICATRIZAÇÃO DA FERIDA, PORÉM COM PERDA ANATÔMICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426853 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA. P.1
TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DA FALANGE MÉDIA E DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA) E ALTA MÉDICA. P.3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: # SOLICITADA 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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455203/18

Vítima: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

CPF: 888.462.613-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/10/2018

Titular do CPF: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS : 888.462.613-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS
CPF: 888.462.613-72

JOSE MAURILIO DE ALMEIDA FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES