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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009944

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS SERGIO LIMA 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

Pag. 01179/01180 - carta_01 - INVALIDEZ
00030590

Carta nº 15372634

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009944

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS SERGIO LIMA 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

Pag. 00523/00524 - carta_02 - INVALIDEZ
00080262

Carta nº 15396870

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

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009944 **Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA**

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

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Recebedor: **CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA**
Valor: **R$ 2.531,25**
Banco: **104**
Agência: **000000926**
Conta: **0000056535-7**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00527/00528 - carta_30 - INVALIDEZ
00030264

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:	4 - Nome completo da vítima:
	786554553-34	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:		6 - CPF:
CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA		786.554.553-34

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AUTONOMO	RUA PIMACICABA	13	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PLANALTO PICI	FORTALEZA	CE	60510-550

15 - E-mail:	16 - Tel (DDD):
NAO POSSUI	(85) 98551-9585

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0926 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 56535 7 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

MORTE

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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA 28 / 11 / 2019

X Carlos Sergio Lima da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019855882

FLS_____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4002 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 12:59:22**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2019 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CARNEIRO DE MENDONÇA, DEMOCRITO ROCHA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA**
Nascimento: **30/03/1977** CPF: **786.554.553-34**
RG: **94002574207** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ALDENORA LIMA DA SIVA**
Endereço: **RUA PIRACICABA , 13**
Bairro: **PLANALTO PICI**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** CEP: **60.510-550**
Telefone: **(85) 99678-8377**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POF8147** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2500JR141464** Renavam: **1164847519** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ELIANA PATRICIA P DE SOUSA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 08 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, TRAFEGAVA NA AVENIDA CARNEIRO DE MENDONÇA, NA MOTOCICLETA, HONDA CG 160 START, PLACA POF8147, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA, VINDO, O DECLARANTE, A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE A VÍTIMA VEIO A SOLO, FRATURANDO O PUNHO, ENTRE OUTRAS LESÕES; QUE PERMANECEU EM SOLO AGUARDANDO A AMBULÂNCIA DO SAMU; QUE FOI SOCORRIDO POR AQUELE ÓRGÃO ATÉ O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009944 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 08/10/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA COM EXTENSÃO ARTICULAR DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame físico: BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO E GRAVE DE EXTENSÃO E DESVIO RADIAL DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/01/2020

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 DO PUNHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

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: 3200009944
Nome do(a) Examinado(a): Carlos Sergio Lima da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Piracicaba, 13
Pici Fortaleza CE CEP: 60510-550
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94002574207
Data local do acidente: [08/10/2019]
Data local do exame: [29/01/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA COMINUTIVA COM EXTENSÃO ARTICULAR DO RÁDIO DISTAL DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E POSTERIOR FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 19/12/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO E GRAVE DE EXTENSÃO E DESVIO RADIAL

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:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 75% intensa** ( ) 100% completo

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

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

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

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:	4 - Nome completo da vítima:
	786554553-34	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA			786.554.553-34
7 - Profissão:	**8 - Endereço:**	**9 - Número:**	**10 - Complemento:**
AUTONOMO	RUA PIRACICABA	13	
11 - Bairro:	**12 - Cidade:**	**13 - Estado:**	**14 - CEP:**
PLANALTO PICI	FORTALEZA	CE	60510-550
15 - E-mail:			**16 - Tel.(DDD):**
NAO POSSUI			(85) 98551-9585

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 ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0926 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 56535 7 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza 28 / 11 / 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) X Carlos Sergio Lima da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

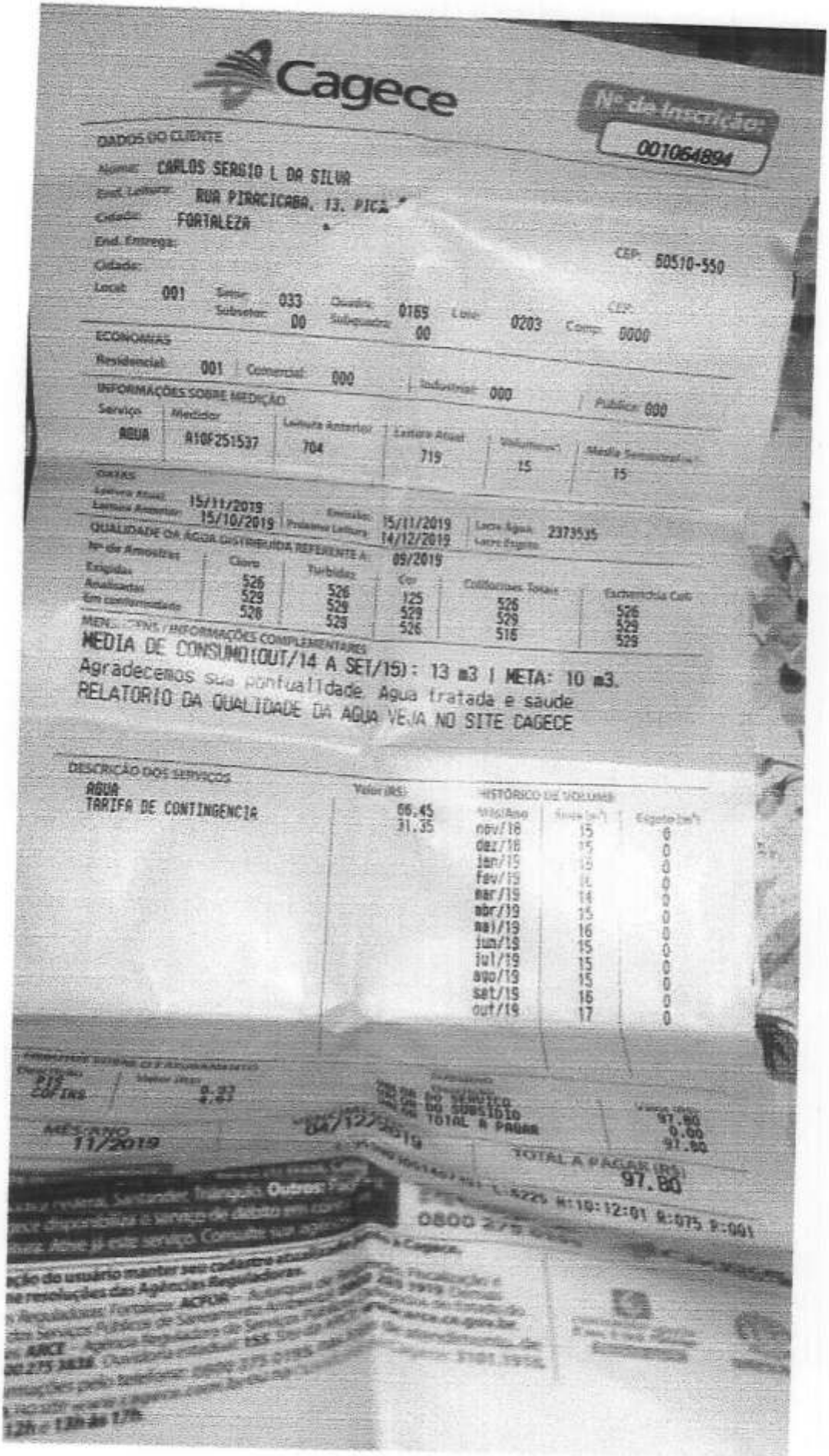
FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00926
CONTA: 000000056535-7

Nr. da Autenticação B5B185A8C847D621



Cagece

Nº da Inscrição: 001064894

DADOS DO CLIENTE

Nome: CARLOS SERGIO L DA SILVA
End. Leitura: RUA PIRACICABA, 13, PICA
Cidade: FORTALEZA
End. Entrega:
Cidade:
CEP: 60510-550

Local: 001 Setor: 033 Subsetor: 00 Quadra: 0165 Subquadra: 00 Lote: 0203 Comp: 0000 CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Publico: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo(m³)	Media Semestral(m³)
AGUA	A10F251537	704	719	15	15

DATAS
Leitura Atual: 15/11/2019
Leitura Anterior: 15/10/2019
Emissão: 15/11/2019
Proxima Leitura: 14/12/2019
Leitura Água: 2373535
Leitura Esgoto:

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	529	529	529	529	529
Em conformidade	526	529	526	516	529

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 13 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor(R$)
AGUA	66,45
TARIFA DE CONTINGENCIA	31,35

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Água(m³)	Esgoto(m³)
nov/18	15	0
dez/18	15	0
jan/19	15	0
fev/19	14	0
mar/19	14	0
abr/19	15	0
mai/19	16	0
jun/19	15	0
jul/19	15	0
ago/19	15	0
set/19	16	0
out/19	17	0

PIS 0,27
COFINS 1,23

VENCIMENTO 11/2019

DA/12/2019

DEBITO AUTOMATICO
DEBITO EM CONTA
DEVOLUCAO DO SUBSIDIO
TOTAL A PAGAR 97,80 0,00 97,80

TOTAL A PAGAR (R$) 97,80

0800 2

Outros

ção do usuário manter seu cadastro atualizado
e resoluções das Agências Reguladoras.
Reguladoras Federais: ANEEL - Agência Nacional de
dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; ANA
ANCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos
Ouvidoria ANEEL: 0800 ...
pelo Telefone: ...

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Carlos Sergio Lima da Silva** - C.P.F. - **786.554.553-34,** no dia **08/10/2019,** às **19h,** na **Avenida Carneiro de Mendonça,** no **Bairro Demócrito Rocha,** vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pelo Sr. **Francisco Wellington Lima dos Santos** por meio do Processo **nº P900505/2019.**

Fortaleza, 16 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,

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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat 45690-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

(2)

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

P – 900525/19

Prefeitura de Fortaleza

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI-07 | PONTO DE APOIO: HMF | Nº DA OCORRÊNCIA: 0777

DATA: 08/10/19. | TURNO: MT. | EQUIPE: Amanda / Wliarov / Jesse

NOME: Carlos Sergio Lima da Silva | IDADE: 42a | SEXO: M

ENDEREÇO: AV. Carneiro de Mendonça, 541. | BAIRRO: Dendrito Rocha.

QTY: 19:00. | QUS: 19:00 | QUY: | QUU:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto x cachorro

Abordagem.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO
- [x] RESPONSIVO
- [ ] NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA
- [x] PRESENTE
- [ ] AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
- [x] PRESENTE
- [ ] AUSENTE

A Vias aéreas
- [x] PÉRVEAS
- [ ] OBSTRUÍDAS

POR:

B Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO /PERCUSSÃO	AUSCULTA
[x] EUPNEICO	[x] NORMAL	[x] NORMAL	[x] NORMAL
[ ] TAQUIPNEICO	[ ] ALTERADA:	[ ] ALTERADA:	[ ] ALTERADA:
[ ] BRADIPNEICO			
[ ] AGÔNICA/ AUSENTE			

C Circulação

PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
[x] NORMOCÁRDICO	[x] CHEIO	[x] CORADA	[ ] SUDOREICA	[x] ≤ 2 seg	[x] SIM
[ ] TAQUICÁRDICO	[ ] FILIFORME	[ ] PÁLIDA	[x] SECA	[ ] > 2 seg	[ ] NÃO
[ ] BRADICÁRDICO	[ ] IMPALPÁVEL	[ ] CIANÓTICA	[x] QUENTE		
LOCAL:			[ ] FRIA		

D Neurológico

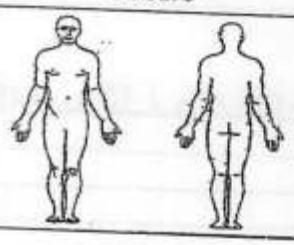
ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

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

PUPILAS:
- [x] NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
- [ ] ALTERADAS

E Exposição

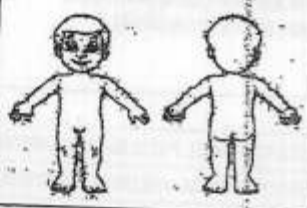
ADULTO



LESÕES

Joelho Esquerdo
Tornozelo Esquerdo.
Punho Direito.
Mão Direita

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 94 | PA: 130x70. | FR: — | GLIC.: — | OXIM.: 98% | TEMP.: —

Pc Vítima de colisão moto x cachorro, apresentando abrasão em Joelho (E) e laceração em tornozelo (E) e abrasão com deformidade em punho (D). Pc diabético em uso de Metformina. Nega alergias medicamentosas.

QTW – 19:15 hrs.

Paciente refere que estava se dirigindo ao trabalho.

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
62612478

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

07/11/2019 16:07:54

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019197	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	M	30/03/1977	42

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
	78655455334		2-SOLTEIRO

Endereço
R RUA PIRACICABA 13,13 - PLANALTO DO PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60510550

Telefone Residencial	Telefone Trabalho
986033846	986033846

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
80216000042005018	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/10/2019	19:24		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA

Médico Atendente	Clinica
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
FELIPE 27852
Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
62720180

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITA

07/11/2019 16:08:07

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019197	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	M	30/03/1977	42

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
	78655455334		2-SOLTEIRO

Endereço
R RUA PIRACICABA 13,13 - PLANALTO DO PICI, FORTALEZA(CE) CEP 60510550

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	
986033846	986033846	

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO

Carteira	Validade
80216000042005018	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG

Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
14/10/2019	09:32		4 CONSULTA RETORNO

Médico Atendente	Clinica
2574640 DEGINALDO HOLANDA CHAVES	6-TRAUMATOLOGICA

Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

ANTONIO PRUDENTE

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Atendimento
62914325

OK

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/10/2019 15:58:43

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019197	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	M	30/03/1977	42

RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
	78655455334		2-SOLTEIRO

Endereço
R RUA PIRACICABA 13 13 PLANALTO DO PICI FORTALEZA-CE CEP:60510550

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
986033846	986033846	ALDENORA LIMA DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
22/10/2019	05:22		

Médico Atendente	Clinica
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS	4-CIRURGICA
Médico Acompanhante	**Tipo Atendimento**
48849251 EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS	0 INTERNACAO

Avaliação médica

23/10.

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano PERES SERVICOS DE SEGURANCA LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
80216000042005034	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
37835413	99996666	D34617019	INTERNACAO
37835413	30720095	D34617019	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO) - TRATAMENTO CIRURGICO
			Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 3
			Material - 99800406 - PARAFUSO CORTICAL 3.5 MM - QTDE: 6
			Material - 99800411 - PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM - QTDE: 3
			Material - 99832715 - PLACA EM T 3,5mm inclui PARAFUSOS - QTDE: 1
37835413	30721237	D34617160	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO
37835413	30732026	D34617091	ENXERTO OSSEO
42983937	32030118	D36098982	RAIOX PUNHO A.P - LAT - OBLIQUAS

R4310RI - FRANCISCA WILKA DE CASTRO MARQUES

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:05

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	**Dt. Nasc.:** 30/03/1977	**Atendimento:** 62720180	**Prontuário:** 12019197
Convênio: HAPVIDA	**Posto:**	**Leito:** /	
Profissional(is): DEGINALDO HOLANDA CHAVES CRM 13202 [1]		**Nº:** 45479152 14/10/2019 às 09:44	

ANAMNESE		
Queixa Principal	RETORNO DE FRATURA DO PUNHO DIREITO. SOLICITO RX CURATIVO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:04

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 **Atendimento:** 62612478 **Prontuário:** 12019197

Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133223/2

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]

Nº: 45255106 08/10/2019 às 19:31

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR NO PUNHO DIREITO DOR NO TNZ E PUNHO CD: RX	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]
CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Assinatura

ANTONIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do Atendimento: 14/10/2019

RECEITA

PACIENTE COM FRATURA DE PUNHO /ANTEBRAÇO DISTAL COM ENCURTAMENTO E TRAÇO INTRARTICULAR COM LUX RADIOLUNAR DISTAL . SOLICITO 01 PLACA VOLAR D EPUNHO , 06 PARAFUSOS CORTICAIS , 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 FIOS DE KIRSCNHER DE 1,5

Dr. Rafael Bezerril Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-CE 8260

RP3000N

RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA 14/10/2019 14:59 192.85.4.101

ANTONIO PRUDENTE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
TOMOGRAFIA - HAPFOR
NºPedido: 33398503

Data **08/10/2019**
Pag 1 de 1

Paciente...: 12019197 CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA
Nascimento.:30/03/1977 Sexo:M CPF.: 78655455334
Endereco...: R RUA PIRACICABA 13 13 PLANALTO DO PICI FORTALEZA CE 6051055(Tel.: 986033846
Convenio...: HAPVIDA MATRIZ
Matricula..: 80216000042005018
Solicitante: Dr(a) ANTONIO LUIZ VIEIRA

Queixa Principal:

Exame:
TC PUNHO DIREITO

!a`;qB"

6261247831

O estudo tomográfico computadorizado do punho direito, realizado com aquisição volumétrica e reconstruções axiais, coronais e sagitais, sem a administração do meio de contraste endovenoso, mostra:

Presença de aparelho gessado.

Fratura cominutiva da cabeça do rádio, com extensão intra-articular de pequeno desalinhamento entre as peças ósseas.

Pequeno derrame articular rádio cárpico.

Leve edema difuso da pele da tela subcutânea.

Demais estruturas ósseas de coeficientes de atenuação normais, de corticais íntegras, sem evidências de lesões líticas, escleróticas ou de traços de fraturas.

Demais espaços articulares preservados.

Leonardo Ellery Marinho

LEONARDO ELLERY MARINHO - CRM 9484-CE

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08:59

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA Dt. Nasc.: 30/03/1977 Atendimento: 62914325 Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/3

Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA, MÉDICO, CRM 16610 [1] Nº: 45849720 22/10/2019 às 08:52

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S525	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S525	[1]
ANESTESIA		
Anestesia Local	BLOQUEIO DE PLEXO + SEDAÇÃO	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	22/10/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	08:53	[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO	[1]
Cirurgião	DR. EDUARDO GUEDES	[1]
1º Auxiliar	DR. CESAR AUGUSTO	[1]
Descrição Cirúrgica	1) PCTE EM DDH SOB ANESTESIA 2) ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3) REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE K 2,0MM (OBS: UTILIZADO MAIS UM FIO DE K 2,0MM, O QUAL FOI DANIFICADO) 4) REALIZADO ENXERTO ÓSSEO NO FOCO DE FRATURA COM FRAGMENTOS RETIRADOS DO CALO DA FRATURA 5) REPARO LIGAMENTAR DO CARPO 6) CONTROLE RADIOGRÁFICO OK 7) CURATIVO ESTÉRIL+ TALA GESSADA 8) À SRA	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30720095 - FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO 30732026 - ENXERTO ÓSSEO 30721237 - REPARO LIGAMENTAR DO CARPO	[1]

Dr. César Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 16610 / TEOT: 16544 / RQE:10142

ANTONIO PRUDENTE

PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08:38

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA Dt. Nasc.: 30/03/1977 Atendimento: 62914325 Prontuário: 12019197

Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/3

Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA, MÉDICO, CRM 16610 [1] Nº: 45848753 22/10/2019 às 08:34

IDENTIFICAÇÃO		
Nome	CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	[1]
Sexo	MASCULINO.	[1]
Idade	42	[1]
DADOS DO PACIENTE		
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO		
CID10 Primário	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
MORBIDADES		
GRAU DE INDEPENDÊNCIA		
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS		
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS		
Principal	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO	[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES		
ALTA HOSPITALAR		
Total De Dias	2 Dias	[1]

Dr. Cesar Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 16610 / TEOT: 16544 / RQE:10142

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 08:52

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 **Atendimento:** 62914325 **Prontuário:** 12019197

Convênio: HAPVIDA **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Leito:** 133410/3

Profissional(is): CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA, MÉDICO, CRM 16610 [1] **Nº:** 45849542 22/10/2019 **às** 08:49

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE ADMITIDO POR FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO COM FIOS DE K, SEM INTERCORRÊNCIAS. CD: 1) ANTIBIOTICOPROFILAXIA + ANALGESIA 2) TALA GESSADA 3) À SRA	[1]
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

Dr. Cesar Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 16610 / TEOT: 16544 / RQE:10142

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

23/10/2019 08:31

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 **Atendimento:** 62914325 **Prontuário:** 12019197

Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO 1B **Leito:** 1018/1

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1] **Nº:** 45898554 23/10/2019 **às** 08:30

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	1 PO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO D EVOLUI SEM QUEIXAS CD: ALTA HOSPITALAR	[1]
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

Tácito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEOT 15349

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:05

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA	**Dt. Nasc.:** 30/03/1977	**Atendimento:** 62720180	**Prontuário:** 12019197
Convênio: HAPVIDA	**Posto:**	**Leito:** /	

Profissional(is): RAFAEL BEZERRIL NOGUEIRA CRM 8260 [1]

Nº: 45497769 14/10/2019 **às** 14:55

ANAMNESE

Queixa Principal

SOLCITO PRE OPD E FRATURA DE PUNHO D [1]

ANTONIO PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

22/10/2019 06:13

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 **Atendimento:** 62914325 **Prontuário:** 12019197

Convênio: HAPVIDA **Posto:** CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Leito:** 133410/3

Profissional(is): SARAH JOLIANA SAUNDERS GUEDES, ENFERMEIRO(A), COREN 521482 [1] **Nº:** 45844800 22/10/2019 às 06:11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	06:11 - C.S.L.S., 42 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NA RPA DE PRÉ-OPERATÓRIO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO COM DR EDUARDO GUEDES. ENCONTRA-SE ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO E EM AR AMBIENTE, COM PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO EM MSE E SEM AVP. NEGA ALERGIAS E REFERE DIABETES. SSVV: PA: 140 X 90 MMHG, FC: 83 BPM, FR: 16 MRPM, SATO2: 100%, T°: 36.2°C. AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AGUARDA IDA PARA O CC. ENF JOLIANA SAUNDERS 521482.	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Não	[1]

Sarah Joliana Saunders Guedes
COREN - CE 521.482 - Enf

FICHA DE ANESTESIA

ANTONIO PRUDENTE

Nome: Carlos Sergio Lima Silva Data: 22/10/19
Idade: 42 Peso: Sexo: F ( ) M (X)
Prontuário: 12039197 Convênio:
Diagnóstico: Fratura Punho D
Cirúrgia: Anestesia:
Cirurgião: Eduardo Guedes ASA: II

| A | HORA | | |

ANTONIO PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

07/11/2019 16:06

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 **Atendimento:** 63070444 **Prontuário:** 12019197

Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133224/1

Profissional(is): BRUNO DE BRITO BOTELHO CRM 9329 [1]

Nº: 46133985 28/10/2019 às 13:27

ANAMNESE		
Queixa Principal	revisao de fratura do punho direito 22/10 solicito radiografia para avaliar	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

Emissão: 22/10/2019 09:00

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA | Dt. Nasc. 30/03/1977 | Atendimento: 62914325
Convênio: HAPVIDA | Nº Prescrição: 24300055 22/10/2019 às 08:40 | Prontuário: 2019197
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | Leito: 133410/3 | Peso: 80.00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE					3/3h	ORAL			CRM-16610
2. Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	Vol. Total: ml/Kcal/dia	500 ml 500 ml			7.00 gts/min	Acesso Periférico		CRM-16610
3. CEFALOTINA (1.00g) (D1/1) Soro Fisiologico 0,9%		1g	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV			CRM-16610
4. CAPTOPRIL (25.00mg)		25mg	1 COMP	(COMP C/ 25MG)	8/8h	ORAL	SN	01 CP, VO, SE PAS>=160 OU PAD>=110MMHG. REPETIR ATÉ DE 30/30MIN, SE NECESSÁRIO. MÁXIMO DE 3 DOSES.	CRM-16610
5. CETOPROFENO IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%		100mg	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/ 100MG)	8/8h	EV			CRM-16610
6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) Agua Destilada		1000mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV			CRM-16610
7. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9% Alta vigilância		100mg	2 ML 100 ml	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	SN		CRM-16610
8. PLAMET (5.00mg/ml) Agua Destilada		10mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV			CRM-16610
9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						SN			CRM-16610
10. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA									CRM-16610
11. PUNCAO C/ JELCO						SN			CRM-16610
12. SINAIS VITAIS									CRM-16610
13. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS									CRM-16610
14. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						SN			CRM-16610
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO									CRM-16610
16. COMPRESSÃO COM ÉTER						SN			CRM-16610

Profissionais: CRM-16610 CESAR AUGUSTO LIMA DA SILVA

Dr. César Augusto L. da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 16610 / TEOT: 16544 / RQE: 10142

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

J018.1

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA | **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 | **Atendimento:** 62914325 | **Prontuário:** 12019197
Convenio: HAPVIDA | **Nº Prescrição:** 0024300055 | 22/10/2019 **às** 08:40 | **Emissão** 22/10/2019 11:02
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR | **Leito:** 133410/3 | **Peso:** 80.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

						HORÁRIOS
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL		
2. **Hidratação Venosa** **Fase Única**		**Vol. Total:**	**500 ml**	**7.00 gts/min**	**Acesso Periférico**	14:00 ;
SORO FISIOLOGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml			
3. CEFALOTINA (1.00g) (D1/1)	Soro Fisiologico 0,9%	1 g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 100 ml	6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 23/10-00:00 ; 23/10-06:00 ;
4. CAPTOPRIL (25.00mg)		25 mg	1 COMP (COMP C/ 25MG)	8/8h	ORAL	SN
			01 CP, VO, SE PAS>=160 OU PAD>=110MMHG. REPETIR ATÉ DE 30/30MIN, SE NECESSÁRIO. MÁXIMO DE 3 DOSES.			
5. CETOPROFENO IV (100.00mg)	Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 100 ml	8/8h	EV	00:00 ; 16:00 ; 23/10-06:00 ;
6. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 18 ml	6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 23/10-00:00 ; 23/10-06:00 ;
7. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 100 ml	8/8h	EV	SN
Alta vigilância						
PLAMET (5.00mg/ml)	Agua Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG) 18 ml	8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 23/10-06:00 ;
SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO			SN			
CURATIVO MEDIO+SF+GAZE						12:00 ;
ACOLCHOADA						12:00 ;

Risco de Infecção

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 **Atendimento:** 62914325 **Prontuário:** 12019197
Convenio: HAPVIDA **Nº Prescrição:** 0024300055 22/10/2019 **às** 08:40
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Leito:** 133410/3 **Peso:** 80.00 kg

Emissão 22/10/2019 11:02

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS
11.PUNCAO C/ JELCO	SN	
12.SINAIS VITAIS		12:00 ;
13.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		
14.RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC	SN	
15.CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO		12:00 ;
16.COMPRESSÃO COM ÉTER		12:00 ;
	SN	

eservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário : ◯ Indica item não administrado.
— Indica item checado.

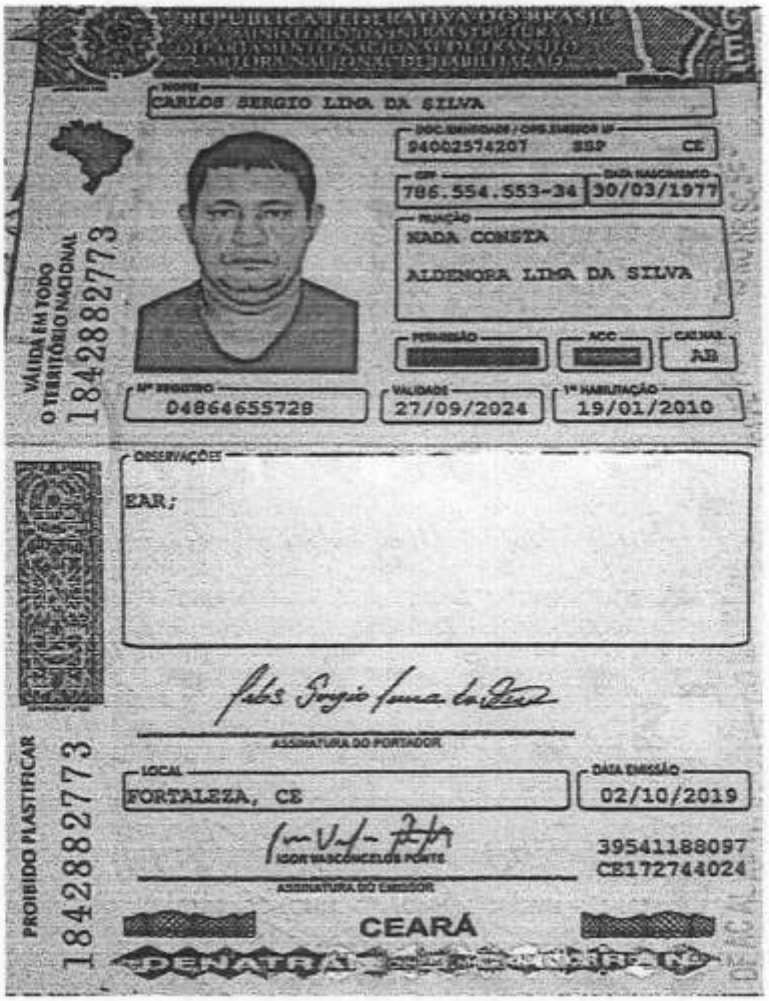
PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA **Dt. Nasc.:** 30/03/1977 **Atendimento:** 62914325 **Emissão** 22/10/2019 11:02
Convenio: HAPVIDA **Nº Prescrição:** 0024300055 22/10/2019 **às** 08:40 **Prontuário:** 12019197
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR **Leito:** 133410/3 **Peso:** 80.00 kg

GASTOS

Descrição	Qtde.
PLAMET	
BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ AMPL 2ML	1
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2
DIPIRONA AMP	
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10
DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
LGODAO HIDROFILO - 500 GR	4
ETOPROFENO IV	
LGODAO HIDROFILO - 500 GR	8
ROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	2
QUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2
LCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
GULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
VA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6
RINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2
RO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 M	2
nçao C/ Jelco	
MPA CONE LUER - 1 UD	1
GODAO HIDROFILO - 500 GR	6
ENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1
COOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15
X FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1
A DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1
INGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1
ETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1
dagem Vesical De Alivio	
ETOR DE URINA SIMPLES ADULTO - 1 U	1
E 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2
CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	50
SONDA URETRAL SIMPLES N.12 - 1 UD	1
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1
XYLOCAINA GELEIA 2% BISN 30 GR	5
LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1
Retirada De Dreno De Portovac	
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	2
CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000	20
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2
SORO FISIOLOGICO 0,9% 10ML AMPL 10 ML	5
LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1
ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	1
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50
LAMINA DE BISTURI 11 - 1 UD	1
ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30
Curativo Medio+Sf+Gaze Acolchoada	
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 M	1
GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	3
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1
LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	50
TRANSOFIX - 1 UD	1
Curativo Com Atadura E Gaze Acochoada Medi	
ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	2
GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	2
CEFALOTINA	
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML TUBO 100 M	2
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2
AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	4
LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	2
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	20
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	2
KEFLIN FRAP 1 UD	2
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	8
HV Vol.Total: 500.00 Vig:	
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 I	1
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1

RP1531 VANESSA VIANA MONTEIRO 22/10/2019 11:02 IP: 192.85.4.101



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR UF
94002574207 SSP CE

CPF
786.554.553-34

DATA NASCIMENTO
30/03/1977

FILIAÇÃO
NADA CONSTA
ALDENORA LIMA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
04864655728

VALIDADE
27/09/2024

1ª HABILITAÇÃO
19/01/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
18428827 73

OBSERVAÇÕES
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
02/10/2019

IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

39541188097
CE172744024

CEARÁ

DENATRAN

PROIBIDO PLASTIFICAR
18428827 73

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 015039979103

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG | VIA: 1 | COD RENAVAM: 11648447519 | RNTRC: 0000000000 | EXERCÍCIO: 2019

NOME: ELIANA PATRICIA P DE SOUSA SILVA

FORTALEZA /CE

CPF/CNPJ: 809899285368 | PLACA: PCF8147/CE

PLACA ANT/UF: *******/CE | CHASSI: 9C2HC2500JR141464

ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLO/TRIC APLIC. | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 START | MODELO: 2019 | ANO FAB: 2018

CAP/POTÊNCIA: 2P/OCV/162CC | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA: COTA ÚNICA: *******,** | VENC. COTA ÚNICA: **/**/** | VENC. COTAS: 1ª ***** 2ª ***** 3ª *****

FAIXA IPVA: *** | PARCELAMENTO (COTAS): ***,***,**

PRÊMIO TARIFÁRIO (PT): 60.11 | IOF (R$): 0.32 | PRÊMIO TOTAL (PB): 84.58 | DATA DE PAGAMENTO: 10/01/2019

OBSERVAÇÕES: **********

LOCAL: FORTALEZA | DATA: 27/07/2019

Local Data

Assinatura do Agente Credenciado

DETRAN-CE

TRANSPORTADORA/SEGURO DPVAT

CE Nº 015039979103 BILHETE DE SEGURO DPVAT

809899285368 PCF8147 /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

15039979103 25321098690

EXERCÍCIO: 2019 | DATA EMISSÃO: 27/07/2019

VIA: 1 | CPF / CNPJ: 809899285368 | PLACA: PCF8147

RENAVAM: 11648447519 | MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 START

ANO FAB: 2018 | MÊS FAB: 09 | Nº CHASSI: 9C2HC2500JR141464

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (PB)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (PB)
36.05	4.01	40.05

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	VALOR TOTAL DO SEGURO (R$)
4.15	0.32	84.58

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO | DATA DE EMISSÃO: 10/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: HC25EQJ141461

Seguradora LÍDER

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - **INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA
Data do Acidente: 08/10/2019 CPF da vítima: 786.554.553-34
Portador da documentação:
Qualificação do Portador: ☒ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador: RUA PINACATINA,
Número: 13 Complemento: — Bairro: Planalto Pici
Cidade: Fortaleza UF: CE CEP: 60510-550 Telefone: (85) 996788377
E-mail: —

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do Representante Legal , se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: Fort/CE, 23/11/2019
Identidade: 9400257A207
Assinatura: Carlos Sergio Lima da Silva

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante legal , se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:	**Morte = R$ 13.500,00**
	Invalidez Permanente = até R$ 13.500,00
	Despesas Médicas (DAMS) = até R$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:
Nome:
Assinatura:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009020/20

Vítima: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Data do acidente: 08/10/2019

CPF: 786.554.553-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA : 786.554.553-34

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: 08/01/2020
Nome: CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA
CPF: 786.554.553-34

CARLOS SERGIO LIMA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01480055-1** em **01/10/2020 19:14:19**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro	: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo	: 0252068-97.2020.8.06.0001
Protocolo	: WEB1.20.01480055-1
Tipo da petição	: Contestação
Assunto principal	: Seguro
Data/Hora	: 01/10/2020 19:14:19

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>Exibir 3 primeiros

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição*	: 2754790_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação	: 2754790_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação	: 2754790_CONTESTACAO_Anexo_02 - 13-25.pdf
Documentação	: 2754790_CONTESTACAO_Anexo_02 - 26-35.pdf
Documentação	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos	: Realizar download dos documentos da petição
Recibo	: Realizar download do recibo