



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 **WEB1.20.01579335-4** em **25/11/2020 11:29:48**.
- 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 : 0263010-91.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01579335-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 25/11/2020 11:29:48

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

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

Petição* : 2768084_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2768084_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-35.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449292 Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449292 Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449292 Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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\$ 5.400,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 4.050,00

Recebedor: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Valor: R\$ 5.400,00

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000045178-8

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.



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000045178-8

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



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190449292

Nome do(a) Examinado(a): JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): rua teodoro de castro, 2853, , Caucaia/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 6519262

Data e local do acidente: 03/03/2019 - Caucaia/CE

Data e local do exame: 28/10/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.74672 , longitude: -38.50831

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

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

Ao exame físico do 5º dedo da mão esquerda apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Ao exame físico do 2º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no segundo dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 3º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no terceiro dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 4º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quarto dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quinto dedo do pé esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

5° Dedo da Mão Esquerda - Total - 100%

2° Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

3° Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

4° Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

5° Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

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



Dr. Greive Freitas Carmo
Médico - CRM 9050

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: 019.927.953-55 4 - Nome completo da vítima: José Euandro Maia Santos

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

5 - Nome completo: José Euandro Maia Santos 6 - CPF: 019.927.953-55
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Teodoro de Castro 9 - Número: 1853 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jurema 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 933741586

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 45178
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: LÍDIA CORREIA

CPF: 26

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucaia 25/07/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Euandro Maia Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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

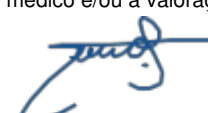
Número do Sinistro: 3190449292
Nome do(a) Examinado(a): Jose Evandro Maia Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Teodoro de Castro, 2853
Jurema Caucaia CE CEP: 61610-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / CE] 6519262
Data local do acidente: [03/03/2019]
Data local do exame: [01/11/2019] 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 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE COTOS DE AMPUTAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NECRÓSE TECIDUAL
Data da Alta: 02/10/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; DO 2º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; DO 2º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS
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 (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo | Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo | Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
5º DEDO DO PÉ ESQUERDO 100%

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



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19011575B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 03/03/2019 Hora: 20:00 Município: CAUCAIA/CE
BR: 020 KM: 410,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: DANILO LIMA, 1480548

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Ignorado	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO
DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Acidente envolvendo motociclista e veículo evadido. Tendo em vista o estado de choque e as graves lesões do motociclista, o desfazimento do local do acidente, a evasão de um dos envolvidos, e a inexistência de testemunha no local sobre o momento da colisão, não foi possível identificar a dinâmica do acidente. Contudo, testemunhas que prestaram o primeiro apoio à vítima, afirmam que o veículo evadido trata-se do GM Classic de placas PMO-1071, o que converge com os vestígios verificados no local do acidente, conforme imagens complementares. Na mesma linha, logo após o acidente, a C3R informou que um cidadão chamado Roberto, cujo contato é 85/987048425, ligou para aquela unidade alegando ter presenciado o acidente e que conseguira identificar a placa do veículo evadido, ratificando os demais relatos que apontam para o Corsa Classic de placas PMO-1071. Registre-se que, embora não tenha sido possível realizar o teste de bafômetro na vítima, este apresentava sinais de embriaguez, conforme testemunhado pelos agentes do SAMU, Rosa Luz e George Falcão, quais sejam, hálito com álcool, dicção alterada, pupila dilatada, e humor instável. Frise-se também que o condutor de V2 não possui habilitação e que o ciclomotor não possui placa, restando, como elemento identificador, apenas o chassi consignado nas imagens complementares. Ainda, registre-se que durante o pré-atendimento do SAMU, no local do acidente, houve a necessidade de apoio à equipe do SAMU, pois o



Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



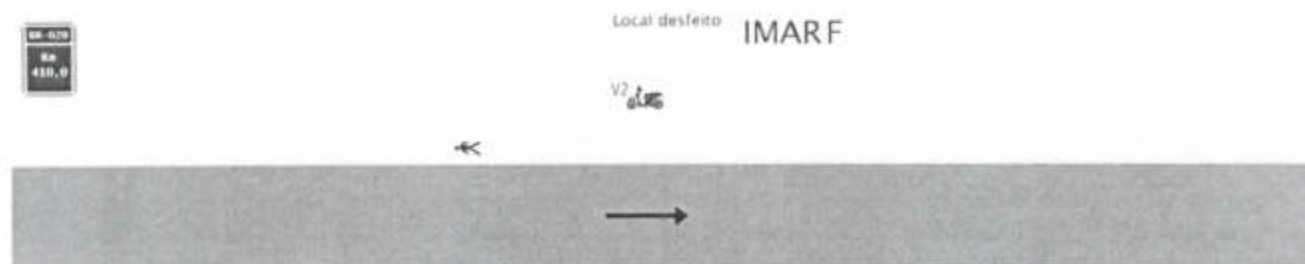
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

motociclista que estava sendo socorrido tentou agredir-los, bem como tentou danificar os equipamentos da unidade móvel de resgate. Em razão disso, e visando a segurança da equipe SAMU e da própria vítima, este foi algemado e escoltado até o Hospital Instituto José Frota - IJF.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



← CAUCAIA

MARACUÁPE →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	03/03/2019 20:10	03/03/2019 20:50



Documento assinado eletronicamente por DANILLO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - PMO1071 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: PMO1071 Marca/modelo: I/CHEVROLET CLASSIC LS
Ano fabricação: 2015 Chassi: 8AGSU1920GR132191
Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel
Manobra no momento do acidente: Outras
Informações complementares: VEÍCULO EVADIDO

Renavam: 01077133690
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / I/CHEVROLET CLASSIC LS

Placa: PMO1071

Nº BOAT: 19011575B01

Nome do Agente: DANILO LIMA

Matrícula do Agente: 1480548

Data: 03/03/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo				EVADIDO
2	Longarina dianteira esquerda				EVADIDO
3	Caixa de roda dianteira esquerda				EVADIDO
4	Estrutura da soleira esquerda				EVADIDO
5	Air Bags Frontais				EVADIDO
6	Air Bags Laterais				EVADIDO
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda				EVADIDO
8	Estrutura da coluna central esquerda				EVADIDO
9	Estrutura da coluna traseira esquerda				EVADIDO
10	Caixa de roda traseira esquerda				EVADIDO
11	Assoalho central esquerdo				EVADIDO
12	Longarina traseira esquerda				EVADIDO
13	Assoalho portamalas ou caçamba				EVADIDO
14	Longarina traseira direita				EVADIDO
15	Caixa de roda traseira direita				EVADIDO
16	Estrutura da coluna traseira direita				EVADIDO
17	Estrutura da soleira direita				EVADIDO
18	Estrutura da coluna central direita				EVADIDO
19	Estrutura da coluna dianteira direita				EVADIDO
20	Assoalho central direito				EVADIDO
21	Caixa de roda dianteira direita				EVADIDO
22	Longarina dianteira direita				EVADIDO

Dano de Monta: Grande

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

V1 - Proprietário

Nome: JOAO CARLOS DE LIMA
Email:
Endereço: CAUCAIA-CE

CPF/CNPJ: 012.401.398-88
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - Não localizado

V1C - Informações

Nome: Data de Nascimento:
Sexo: Estado físico:
Informações complementares: Condutor evadiu-se do local sem prestar socorro à vítima. Testemunhas registraram as placas para ajudar na identificação.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não
Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço:
Telefone: Email:

V2 - VEÍCULO 2 - NÃO SE APLICA - MOTONETA

V2 - Informações

Placa: Marca/modelo: I/BASHAN JONNY HYPE 50 Renavam:
Ano fabricação: Chassi: LHJXCBD9CB308728 Tipo de veículo: Motoneta
Espécie: Categoria: Cor: Vermelha
Manobra no momento do acidente: Outras
Informações complementares: Não foi possível constatar o movimento do veículo durante a colisão. Local completamente escuro. V1 evadiu-se e V2 foi encontrado fora da pista de rolamento.

V2 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: Outro
Informações complementares: Veículo encaminhado para depósito através do guincho do convênio, tendo em



Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



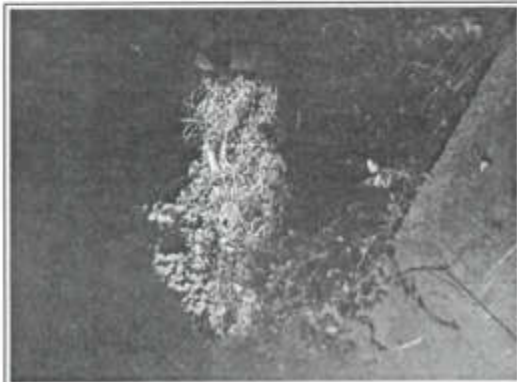
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

vista o encaminhamento do condutor gravemente ferido pelo Samu ao IJF

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - Imagens Obrigatórias



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobai/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

V2 - Proprietário

Nome:

CPF/CNPJ:

Email:

Telefone:

Endereço:

V2C - CONDUTOR DE V2 - JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

V2C - Informações

Nome: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data de Nascimento: 19/02/1986

CPF: 019.927.953-55

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Sim

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: MARIA MARLENE MAIA SANTOS, 1, CENTRO, CANINDE-CE

Telefone:

Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Equipe Samu formada pelos agentes Rosa Luz e George Falcão



Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 3B3E844A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

E1 - TESTEMUNHA - ROBERTO DE SALES PEREIRA FILHO

E1 - Informações

Nome: ROBERTO DE SALES PEREIRA FILHO

Data de Nascimento:

Envolvimento: Testemunha

CPF: 066.883.213-43

Sexo:

Estado físico:

Informações complementares: Testemunha responsável pelo fornecimento da placa do veículo evadido à equipe PRF. Testemunha alegou que não visualizou o momento da colisão, mas que seguiu o veículo que se evadiu do local e conseguiu indentificá-lo como sendo o GM Classic prata de placas PMO-1071. Acrescentou ainda a testemunha que visualizou no veículo sinais compatíveis com o impacto, tais como, retrovisor quebrado, sinais de tinta vermelha, dentre outros danos na lataria. A equipe também encontrou no local uma placa em que descreve a palavra TAXI, o que converge com os relatos da testemunha, tendo em vista tratar-se de veículo de aluguel. Testemunha transitava na motocicleta de placa ORS6016.

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados do Contato

Endereço: RUA B, 3661, CJ BARROSO II, PASSARE, FORTALEZA-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobai/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734FBAD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

E1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobai/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383E844A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19011575B01

E2 - TESTEMUNHA - ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS

E2 - Informações

Nome: ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS

Data de Nascimento:

Envolvimento: Testemunha

CPF: 702.295.463-15

Sexo:

Estado físico:

Informações complementares: Testemunha alegou que não visualizou o momento da colisão, mas que percebeu o condutor de V2 sobre a pista e tentou sinalizar. Testemunha transitava no veículo GM Corsa Classic de placas KJN1325.

E2 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E2 - Dados do Contato

Endereço: R VIII, 292, CIDADE OESTE, FORTALEZA-CE

Telefone:

Email:

E2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANILO LIMA, matrícula 1480548, Policial Rodoviário Federal, em 07/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19011575B01 e o número de controle 383EB44A6347AC1A2F49C734F8AD2A.

191

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: 019.927.953-55 4 - Nome completo da vítima: José Euandro Maia Santos

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

5 - Nome completo: José Euandro Maia Santos 6 - CPF: 019.927.953-55
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Teodoro de Castro 9 - Número: 1853 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jurema 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61600-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 933741586

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3281 CONTA: 45178
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ 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 a vítima, ainda, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 229 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

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

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

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

38 - 1º Nome: LÍDIA CORREIA

CPF: 26

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucaia 25/07/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
José Euandro Maia Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Registro de Atendimento Emergencial

Prerrogativa do ato declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 03/03/2019 22:26:40	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708704157267897	NOME: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS			Registro: 5605746	
CPF: 01992795355	RG: 2004014085678	D-NASC: 19/02/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA MARLENE MAIA SANTOS			NOME DO PAI: FRANCISCO MAURÍCIO DOS SANTOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SANTA TEREZINHA		Nº: 275	BAIRRO: SÃO MIGUEL (JUREMA)	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986870817	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61640010	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB 30 CONDUTRO JEOGE FALCAO		PARENTESCO:		TELEFONE: 986870817	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro pick up ou camionete					
QUEIXAS: Paciente vítima de colisão moto-carro. Laceração extensa em mão esquerda + fratura exposta de 5º quirodactilo de mão E. Amputação em 5º pododactilo					
OBSERVAÇÕES: Fratura exposta em 3º e 4º pododactilo E. Glasgow 14. Agitado, agressivo, contido, não colaborativo.					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					

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:

ASSINATURA DE SIG. ITDA

26 JUL. 2019

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: 06/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.400,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000045178-8

Nr. da Autenticação 271F48D58D558AE9

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000045178-8

Nr. da Autenticação 127753ADB700072D

Nº DO CLIENTE
10339266

Para agilizarmos seu atendimento, utilize o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética de Goiás
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 06135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.105.848-3



577931734

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

12/06/2019

Rota 07 22005 04 253000 - 9

Data de Emissão

Nome JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

End. Postal RU TEODORO DE CASTRO 02853

JUREMA - CAUCAIA - 61600000

Medidor 3365106

Posto 2674 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 019927953-55

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jun/2019

Data de Apresentação 12/06/2019

Previsão Próxima Leitura 15/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta

Abx/2019

Mês

DIC 0.00 F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 93,51

Alíquota 27,00%

Valor do Imposto 25,24

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A451.5447.6100.F30F.9902.E090.A77E.0552

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 47498	47376	1,00	122	0,00	122	0,7455	93,51
12/06/19	27/05/19		16 DIAS		122		93,51

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

VALOR (R\$)
93,51
20,81

VENCIMENTO 19/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

114,32

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	36,07
Transmissão	2,10
Distribuição	21,10
Encargos Setoriais	4,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ...	28,58
TOTAL	93,51

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

F-1	F-2	F-3	F-4	F-5	F-6	F-7	F-8	F-9	F-10	F-11	F-12
Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) 47,63

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

0%

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal
A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 3,35 referente a FTS e COFINS Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,96% (Art. 9, Rev. JUN-2005 - ANEEL e Tarefas: 10.437/02 e 10.820/01)

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.eneel.gov.br

26 JUL 2019

Nº do Cliente:

10339266-1

Referência:

Jun/2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 579720098
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438 de
 26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
9681143 DV **9**

VENCIMENTO
 11/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
71,26

Rota 20 022000 08 044200 Medidor 2577879 Posta 0000 0
 Nome JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU PAULO GOMES DA SILVA 00226 PQ. SOLEDADE CAUCAIA 61603070

RG / CPF / CNPJ 420.119.223-72 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
3295	3217	1	78	0	78

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	78	0,76394	59,58

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,04
MULTA MORATORIA	1,24
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	10,40

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
08/07/2019	30/07/2019

ARREF. RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E187.67EC.D4E8.C732.3976.DEA9.8FE1.1CC5

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
59,58	27%	16,08

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

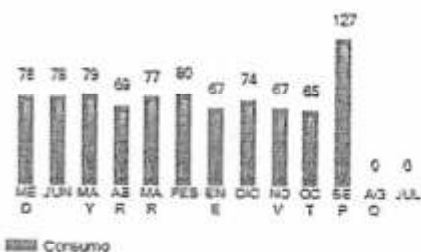
ENERGIA	22,98
TRANSMISSÃO	1,82
DISTRIBUIÇÃO	13,50
ENCARGOS SETORIAIS	3,06
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	18,22

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,13
 Conjunto CAUCAIA
 Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,21	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,21		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
0		100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*

Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

Conta data Caucaia R\$ 2,14 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,9%
 (Art. 9, Rev. 100/2005 - AMEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 9681143-9 N° da Nota Fiscal: 579720098 Total a Pagar (R\$): 71,26
 Data de Emissão: 04/07/2019 Referência: JUN/2019 N° de Controle: 0009681143 00010 4312 2 03

83890000000-5 71260031000-9 00096811430-0 00104312228-9



PARA DE SER LIDA

20 JUL. 2019



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

João Esmeraldo L. Pereira
Receituário

Exceção

A todos

De seu controle e registro

[Signature]
Dr. Rodrigo Lamerão Rosa
CRM - 7257

13/05/18

Alimente sua saúde
Coma mais frutas, legumes e verduras

PREFEITURA DE CAUCAIA

26 JUL 2018

ASS: _____



RECEITUÁRIO

Paciente:


BE / Prontuário:

P/DPVAT

Paciente com seqüela
de amputação de dedos na
mão E e pé E, por acidente
de trânsito.

Data:

29/05/19

11

Técnicas - Otopneumologia
CRM 10.523-0/DF - RPP 15.254-1/13-01

Ass./Carimbo do Médico

LINA CORRETORES DE TEXTO LTDA.

26 JUL 2019



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA - SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA

Dr. JOSÉ EVANDRO MAIA SANTOS

Identificador: 5605746

Unidade: 18

Leito: 03

RESUMO CLÍNICO

Exatidão/Intercorrências/Medicações relevantes: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO EM 03/03/19, SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5º QDE DIA 03/03/19 POR DR. VALDERI A. A. A. AMPRESENTOU TAMBÉM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MTT-FALANGEANA DE 2º, 3º, 4º E 5º DE PÉ ESQUERDO SUBMETIDO A REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO POR DR. CLECIUS + DR. JONAS (R3) DA TRAUMATOLOGIA DIA 03/03/19. ESTÁ EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS COM MOVIMENTAÇÃO PRESENTE DE DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Diagnóstico Principal: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5º QDE

Lesões apresentadas: não se aplica

Exatidão Cirúrgicos: (X) Sim () Não

Cirurgia realizada: VIDE RESUMO

Tipo de anestesia/sedação: VIDE RESUMO

Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/sedação:

Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/sedação:

Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/sedação:

Data: 03 / 03 / 19

Cirurgião:

Data:

Cirurgião:

Data:

Cirurgião:

Data:

Cirurgião:

Indicadores de Alta/Transferência

Estado: () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Residência: (x) Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Atendimento: (x) Ambulatório (vide abaixo)

Recomendações:

Retornar consulta no ambulatório do Dr. DR. BRENO para 02 SEMANAS, às 10h.

Monitorar o CURATIVO DE 2 EM 2 DIAS.

Medicamentos prescritos.

Mantiver a mão elevada.

Retornar aos pontos no ambulatório.

LIBERAR O PACIENTE PARA ALTA

26 JUL 2019

Dr. Victor Barbosa
Cirurgião Geral
CREMEC 15938

Médico

CRM/Carimbo

Data: 13/19



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA - SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA

Nome: JOSÉ EVANDRO MAIA SANTOS

Prontuário: 5605746

Unidade: 18

Leito: 03

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO EM 03/03/19, APRESENTANDO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5º QDE SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO DE 5º QDE dia 03/03/19 POR DR. VALDERI NA URGÊNCIA. AMPRESENTOU TAMBÉM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MTT-FALANGEANA DE 2º, 3º, 4º E 5º DE PÉ ESQUERDO SUBMETIDO A REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO POR DR. CLECIUS + DR. JONAS (R3) DA TRAUMATOLOGIA DIA 03/03/19. ESTÁ EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS COM MOVIMENTAÇÃO PRESENTE DE DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Diagnóstico Principal: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5ºQDE

Sequelae apresentadas: não se aplica

Procedimentos Cirúrgicos: (X) Sim () Não

1. Cirurgia realizada: VIDE RESUMO
Tipo de anestesia/sedação: VIDE RESUMO
2. Cirurgia realizada:
Tipo de anestesia/sedação:
3. Cirurgia realizada:
Tipo de anestesia/sedação:
4. Cirurgia realizada:
Tipo de anestesia/sedação:

Data: 03 / 03 / 19

Cirurgião:

Data:

Cirurgião:

Data:

Cirurgião:

Data:

Cirurgião:

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório (vide abaixo)

Observações:

Marcar consulta no ambulatório do Dr. DR. BRENO para 02 SEMANAS, às 10h.

TROCAR O CURATIVO DE 2 EM 2 DIAS.

Tomar medicações prescritas.

Manter a mão elevada.

Retirar os pontos no ambulatório.

LIDIA CORREIA DE S. LIMA

7 5 JUL. 2019

Dr. Victor Barbosa
Cirurgião Geral
CREMEC 15938

Ass: _____

Data: 06 p 3/19

Médico

CRM/Carimbo



Registro de Atendimento Emergencial

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



For:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA
Emitido em: 10/05/2019 11:29:18

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL		DATA/HORA: 03/03/2019 22:28:40	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CNS: 708704157267697	NOME: JOSE EVANDRO MUIA SANTOS	Região: 5605746	
CPF: 01992795355	RG: 2004014085678	D. NASC: 19/02/1988	ESTADO CIVIL: M
NOME DA MÃE: MARIA MARLENE MUIA SANTOS		NOME DO PAI: FRANCISCO MAURICIO DOS SANTOS	
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: SANTA TEREZINHA	
COMPLEMENTO: 1		TELEFONE: 986870817	MUNICÍPIO: CAUCAIA
UF: CE		CEP: 61640010	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL			
NOME: SAMU USB 30 CONDUZIDO POR JORGE FALCAO		PARENTESCO:	TELEFONE: 986870817
ACIDENTE DE TRABALHO			
TIPO DE VÍNCULO: CEO DO EMPREGADOR		CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou caminhão			
QUEIXAS: Paciente vítima de colisão moto-carro. Laceração extensa em mão esquerda + fratura exposta de 5º quípodactilo de mão E. Amputação em 5º pododactilo			
OBSERVAÇÕES: Lesão exposta em 3º e 4º pododactilo E. Lesão exposta em 5º e 6º pododactilo E. Lesão exposta em 5º e 6º pododactilo E. Lesão exposta em 5º e 6º pododactilo E.			
SINAIS VITAIS			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:			
ATENÇÃO MÉDICA			

Anamnese:

Exame Físico:

Condução:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

LEIDIA CORRÊA LACERDA 1194
26 JUL 2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **019.927.953-55**

Nome: **JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**

Data de Nascimento: **19/02/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/04/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:08:43** do dia **25/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **C21F.2763.4E74.7521**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

LIDIA CORRETOURA DE S. A. LIMA

26 JUL 2019

REC.

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

NOME: JOSÉ EVANDRO MAIA SANTOS

19/03/1986
NASCIMENTO

LOC. DE NASC.: CANINDE - CE

FILIAÇÃO: FRANCISCO MAURICIO DOS SANTOS

MARIA MARLENE MAIA SANTOS

DOC. APRESENTADO:

CN 20445 FLS 103 LIV A 19 E 22051986

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 468 DE 19 DE MAIO DE 1966

T. ELEITOR: 63651360701 SEÇÃO: 0044 ZONA: 033

LOCAL DA EMISSÃO: AAT/CANINDE
EMISSÃO: 28/04/2004

EXCUTIVO 2003

03 ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

SITUAÇÃO	DATA DE NASC. DE	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO	NOME

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE MATRIMÔNIO | G - DATA DE NASCIMENTO
B - 3ª VÍCIOS | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA DE NOME

7.6 JUL. 2019

LIBR. CORRIGENDA DE 1974

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DO CEARÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome: **JOSÉ ADELSON LUIZ DE AZEVEDO**
Nº: **6002287191 - SSP**
Data de Emissão: **23/12/1975**
Data de Validade: **23/12/1975**
Valor: **420.118.223-72**
Data de Emissão: **07/07/2016**

Assinatura: *[Assinatura]*

34130

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13194688

UNO ORNAMENTO
OBRIGATORIO COM. PARA TODOS OS PIS LEGAIS
LAV. 13 DE SET. 1964 (L. 2.562/64)

ASSOCIACAO DO PESSOAL

CRP

ASSOCIACAO DO PESSOAL

ASSOCIACAO DO PESSOAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449292 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA ANATÔMICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO; DO 2º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CICATRIZAÇÃO DE FERIDA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/11/2019

Conduta mantida:

Observações: 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO 100%

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	30%	R\$ 4.050,00
Total			40 %	R\$ 5.400,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449292

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

Data do acidente: 03/03/2019

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 5º#176; dedo da mão esquerda apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Ao exame físico do 2º#176; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no segundo dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 3º#176; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no terceiro dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 4º#176; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quarto dedo do pé esquerdo. Ao exame físico do 5º#176; dedo do pé esquerdo apresenta com amputação ao nível de TOTAL. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no quinto dedo do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO DE TODAS AS LESOES COM LIMPEZA, DEBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DOS COTOS. EVOLUIU COM BOA CICATRIZAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: AUSENCIA ANATOMICA TOTAL DO 5º DEDO DA MAO ESQUERDA E DO 2º, 3º, 4º e 5º DEDOS DO PE ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/10/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO TOTAL DO 5º DEDO DA MÃO E DANO TOTAL DO 2º, 3º E 4º DEDO DO PÉ. ADICIONAR MAIS UMA PERDA ANATOMICA TOTAL DE DEDO DO PE ESQUERDO À INDENIZAÇÃO.

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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

CARTA

EU, JOSE EVANDRO MAIADO SANTOS PG 6519262 CPF

55, MORO DO MUNICIPIO DE CAUCAIA, CE. FUI VITIMA DO 19.9295

DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 03/03/2019, COMO CONSTA EM MINHA

DOCUMENTAÇÃO. COLSÃO MOTO-CARRO, ATENDIMENTO

PRESTADO PELA POLICIA RODOVIARIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE

Nº 19012575801 ONDE COMPROVA A VERACIDADE DO FATOS

TIVE DOIS DEDOS AMPUTADOS RESULTUE MLESÕES ONDE

FIQUEI COM DIFICULDADE EM REALIZAR ATIVIDADES DIÁRIAS PEÇOU

SEGURADORA MARQUE UMA PERICIA MEDICA PRESENCIAL

PARA QUE EU SEJA AVALIADO E INDENIZADO QUE EU NÃO FIQUE PREJUDICA

DO POR CONTAR COM UM SERVIÇO BUCROCRÁTICO

CERTO QUE SEREI ATENDIDO AGRAÇO DESDE JÁ

CAUCAIA 06/08/19

JOSE EVANDRO MAIADO SANTOS



Confira os dados do ato em:
seiodigital.jucajus.br/portal

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO
TABELIA: ANA KARINA LIMA LINHARES LOTOIA - CNPJ: 01.730.807/0001-42
Rua Pedro Gomes da Rocha, 752 - Centro - CEP: 61.600-120 - Caucaia / CE
Tel: (85) 3521.7501 • E-mail: cartorio@cartoriosximenes.com.br

Valido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE a assinatura

indicada de **JOSE EVANDRO MAIA SANTOS**, Dou Fe

Caucaia-CE, 25 de junho de 2019.

Em Teste

da Verdade

Jose Evandro Maia Santos Sampaio da Silva - Escrevente Autorizado



Carla Soares da Silva
CPF: 063.848.223-08
Escrevente Autorizado

PROCURAÇÃO

Outorgante: José Evandro Maia Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Teodoro de Castro nº 2853, bairro Guema, Município de Caucaia, Estado de(o) Ceará, Cep.: 61600000, portador(a) do Rg nº 6519262, SSP/CE e CPF nº 019.927.953-55

Outorgado: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, casado, advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, Município de Caucaia, Estado do Ceará CEP 61.603-070, inscrito na OAB-CE sob o nº 34130 e CPF nº 420.119.223-72;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Evandro Maia Santos, ocorrido em 03/03/2019 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Natureza do Processo: Invalidez Permanente

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Caucaia, 25 de Julho de 2019.

Assinatura: José Evandro Maia Santos
Nome do Outorgante: José Evandro Maia Santos
CPF nº 019.927.953-55

EMPRESA DE SEG. LTDA.
4 6 JUL. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255278/19

Número do Sinistro: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

CPF: 019.927.953-55

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 06/09/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255278/19

Número do Sinistro: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

CPF: 019.927.953-55

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2020
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255278/19

Número do Sinistro: 3190449292

Vítima: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

CPF: 019.927.953-55

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EVANDRO MAIA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO
CPF: 420.119.223-72

JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA