

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

**MENU**

## 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 **WEB1.20.01621137-5** em **17/12/2020 10:31:50**.
- 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** : 0264437-26.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01621137-5  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 17/12/2020 10:31:50

### 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\*** : 2774742\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2774742\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-22.pdf

### Downloads

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200338902**

**Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**

**Data do Acidente: 04/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**

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, contados 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200338902**

**Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**

**Data do Acidente: 04/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001563**

Conta: **0000057797-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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: **3200338902**

Nome do(a) Examinado(a): **FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua C Cidade Jardim, 90, BL 18 AP 02, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / 0773970**

Data e local do acidente: **04/04/2020 - /CE**

Data e local do exame: **02/10/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Traumatismo craniano com HSA e contusão cerebral**

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

**Tratamento conservador com Risperidona.**

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

**Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, pensamento fuga de ideias, dano cognitivo-comportamental alienante.**

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

**Sim**

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

**Sim**

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

**Déficit cognitivo e transtorno orgânico da personalidade e do comportamento.**

**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.

**Dano cognitivo-comportamental alienante - Leve - 25%**

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



# 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: 038 160 713-50 4 - Nome completo da vítima: Edipe Anderson Alves Limp

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Edipe Anderson Alves Limp 6 - CPF: 638 160 713-50  
 7 - Profissão: Japonês 8 - Endereço: Rua C Cidade Jordim 9 - Número: 90 10 - Complemento: BL 18 APO2  
 11 - Bairro: Bref Jose Walter 12 - Cidade: Sertalheza 13 - Estado: CG 14 - CEP: 60748-2112  
 15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1563 CONTA: 57797 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (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 Lider 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

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

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30 de Agosto 2020

*Edipe Anderson Alves Limp*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020469798-



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1287 / 2020

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/08/2020 09:42:40**

Data / Hora da Ocorrência: **04/04/2020 01:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AV I COM AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA,**

**PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **PROX A UMA DELEGACIA**

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**

Nascimento: **23/09/1991** CPF: **038.160.713-50**

CNH: **07127581680** Orgão Emissor: **DETTRAN** UF: **CE**

Filiação: **ANA CELIA ALVES DA SILVA**

**FRANCISCO RODOLFO LIMA DE ABREU**

Endereço: **RUA C CONDOMÍNIO 4 BLOCO 27 (CIDADE JARDIM**

Bairro: **FORTALEZA), 90 BL 18 AP 02**

**PREFEITO JOSE WALTER**

Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.748-242**

País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98639-9122**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUX9745** Uf: **CE** Município: **PACATUBA** Chassi:

**9C2KC1550AR197549** Renavam: **250850974** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano:

Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**VERMELHA** Proprietário: **CARMEZITA PEREIRA DOS SANTOS** Situação:

**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

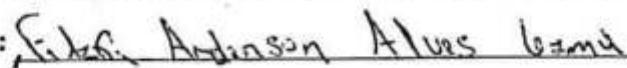
### Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NUX-9745; QUE TRAFEGAVA PELA AV. I; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///  
OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

  
**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:   
**Felipe Anderson Alves Lima**

VISTO DO DELEGADO(A) :

  
**DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

Consolidado em: 05/08/2020 09:53:08

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/08/2020 09:53:08

SERVIÇO  
SERVI



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020469798



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1287 / 2020

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 05/08/2020 09:53:08

Pág. 2 de 2

Impresso em: 05/08/2020 09:53:08

# 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: 038 160 713-50 4 - Nome completo da vítima: Edipe Anderson Alves Limp

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Edipe Anderson Alves Limp 6 - CPF: 038 160 713-50  
 7 - Profissão: Japonês 8 - Endereço: Rua C Cidade Jordim 9 - Número: 90 10 - Complemento: BL 18 APO2  
 11 - Bairro: Bref. Jose Walter 12 - Cidade: Sertalheza 13 - Estado: CG 14 - CEP: 60748-2112  
 15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1563 CONTA: 57797 5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (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 Lider 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

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

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30 de Agosto 2020

*Edipe Anderson Alves Limp*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



## DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Felipe Anderson Alves Lima** - C.P.F. - 038.160.713-50, no dia **04/04/2020**, às 02h10min, na **Avenida I com Avenida Presidente Costa**, no **Bairro Prefeito José Walter (Parque Dois Irmãos)**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo Nº P186779/2020, provavelmente foi **Acidente de Trânsito**.

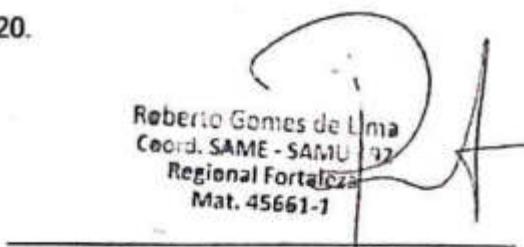
Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Ana Celia Alves da Silva** por meio do Processo nº **P186779/2020**.

Fortaleza, 16 de Julho de 2020.

Atenciosamente,

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

  
**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenador - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

INS\*

P. 186779/2020

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

01 - 27

PONTO DE APOIO: SC R U.S.

Nº DA OCORRÊNCIA: 0043

04/04/2020

TURNO: SN

EQUIPE: Amanda / Ingrid / Sergio

NOME: Felipe Anderson Alves Lima

IDADE: 29

SEXO: Masculino

ENDERECO: AV. I. C. Presidente Costa e Silva

REFERÊNCIA: Planeta Auto Pneus.

BAIRRO: José Walter

QTY: 9:00

QUS: 5:10

QUY: 9:40

QUU: D3:10

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Queda de Moto / Encarceramento

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

## RESPOSTA AO CHAMADO

## EXPANSÃO TORÁCICA

## PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

- RESPONSIVO  
 NÃO RESPONSIVO

- PRESENTE  
 ABSENTE

- PRESENTE  
 ABSENTE

A

PÉVEAS

OBSTRUÍDAS

POR:

B

## PADRÃO RESPIRATÓRIO

- FUPNEICO  
 TAQUIPNEICO  
 IRADIPNEICO  
 AGÔNICO/AUSENTE

## INSPEÇÃO

- NORMAL  
 ALTERADA:

## PALPAÇÃO/PERCUSÃO

- NORMAL  
 ALTERADA:

## AUSCULTA

- NORMAL  
 ALTERADA:

C

## PULSO

- NORMOCÁRDICO  CÍRCIO  
 TRAQUICÁRDICO  FILIFORME  
 BRADICÁRDICO  IMPALPÁVEL

## PELE

- CORADA  
 PÁLIDA  
 CIANÓTICA

## ENCHIMENTO CAPILAR

- ≤ 2 seg  
 > 2 seg

## SANGRAMENTO EXTERNO

- SIM  
 NÃO

LOCAL: Queda D / Dorsal

P. Enq.

## ESCALA DE CONA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICO (P)

D

## ACERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA  4  
 Á VOZ  3  
 Á DOR  2  
 NENHUMA  1

## RESPOSTA VERSAL

- ORIENTADO (A) / SORR (P)  
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL  
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCOSOLÁVEL (P)  
 SORR INCOMPREENSÍVEL (A) / GEMERTE (P)  
 NEBBUBA

- 5  
 4  
 3  
 2  
 1

## RESPOSTA MOTORA

- OBEDIÊCE A COMANDOS  
 LOCALIZA A DOR  
 MOVIMENTO DE RETIRADA  
 FLEXÃO ANORMAL  
 EXTENSÃO ANORMAL  
 NENHUMA

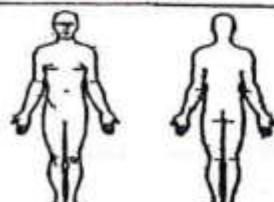
- 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

TOTAL: 03 / Desacordado.

PUPILAS:  NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
 ALTERADAS

E

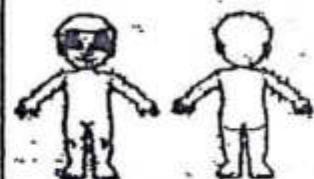
## ADULTO



## LESÕES

ombros direito  
pé esquerdo  
otorragia à direita

## PEDIÁTRICO



## SAMPLA

FC: 103

PA:

PR:

GLUC:

OXIGM: 90%

TEMP.:

Paciente desacordado inconsciente, sofreu queda de moto, encontra-se em síncope, com hálito etílico.

Amanda Costa

354.768-2044-00

(07) 3222-2266 - IJF - Petrópolis, Dr. Felipe.

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

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Habilizado auxiliado p/primária e secundária, immobilizado com colar e prancha rígida.

ASS. /COREN: *Fernando P. S. T.*ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA *354768 P. M. C.*

ASS.:

## DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: *SJF - Reutro*  LIBERADO  RECUSA  REMOVIDO POR TERCEIROS  OUTRO: BOLETIM EMERG:

ÓBITO →  NO LOCAL  DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:  SIM  NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL: *11.958* EM: *04/04/2021 às 3:20 hs*

## COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES: *Carteira Carteado 50,00 + cartão de Renda + 1 comprovante bilhete único, envt + 1 celular Sam Dewey.*

LOCAL: *SJF - Reutro* - ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: *Luz Bastos Filho* EM: *04/04/2021*

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: *1º TEN - PM* EM: *04/04/2021*

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: *Supervisor de Segurança* EM: *04/04/2021*

## TERMO DE RECUSA

EU, \_\_\_\_\_ RG / CPF \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000057797-5

---

Nr. da Autenticação 4F2F790D2D2AD93C



Nº de Inscrição:

009348581

## DADOS DO CLIENTE

**ANA CELIA ALVES DE QUEIROZ**  
**RUA C CIDADE JARDIM, 90, BL 18 AP 02, PREFEITO JOSE ULTER**  
**FORTALEZA - CEP: 60740-242**

Codificação: 001.059.0068.0590.0274.00.00

Padrão do imóvel: BÁSICO

ECONOMIAS	000	Comercial	000	Industrial	000	Pública	000
Residencial	001						

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA							
Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen(m <sup>3</sup> )	Média Semestral(m <sup>3</sup> )		
ÁGUA	A14L127162	617	636	19	12		

DATAS  
 Lectura actual: 01/07/2020 Emissao: 01/07/2020 Lacre agua: 2355178  
 Lectura anterior: 01/06/2020 Proxima lectura: 01/08/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE AO 05/2020					
No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analisadas	280	272	272	276	276
En conformidade	280	268	259	263	276

Descrição dos serviços	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Métrica	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
ÁGUA	73,32	jul/19	15	12
ESGOTO	52,40	ago/19	14	11
TARIFA DE CONTINGÊNCIA/0/0	0,00	set/19	13	10
		out/19	13	10
		nov/19	14	11
		dez/19	11	8
		jan/20	13	10
		fev/20	12	9
		mar/20	11	8
		abr/20	14	11
		mai/20	0	0
		jun/20	15	12

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO		
		Descrição	VALOR DO SERVIÇO	VALOR DO SUBSÍDIO
PIS	1,20		139,74	
COFINS	6,00		14,02	125,72

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2020	15/07/2020	125,72

É obrigação do usuário entrar em contato atendendo junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

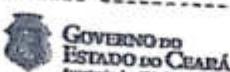
MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

ESTE MÊS VOCÊ NÃO TERRÁ COBRANÇA DA TARIFA DE CONTINGÊNCIA.

ESTE É UM BENEFÍCIO DO GOVERNO DO CEARÁ PARA SUA FAMÍLIA.

EM VIRTUDE DA PANDEMIA DO CORONAVIRUS.



Fatura Mensal

Inscrição: 009348581

Vencimento: 15/07/2020

Mes/ano: 07/2020

Total a pagar (R\$): 125,72

8267000001 9 25720009000-5 00934858100 1 01007222015 4





**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608958431368 Admissão: 04/04/2020 03:03  
 Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA  
 Pront.: 5663948 Data Nasc.: 23/09/1991 Idade: 28 ano(s) 8 mes(es) e 16 dia(s) Tel.:  
 Mãe: ANA CELIA ALVES DA SILVA  
 Sexo: Masculino RG: Municipio: FORTALEZA  
 CEP 60525460 Bairro: HENRIQUE JORGE  
 Endereço: R EURICO MEDINA

**EXAME**

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
04/04/2020 08:46 <i>20190609</i> <i>2020</i>	LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE	NEUROCIRURGIA 04/04/2020 FELIPE ANDERSON ALVES LIMA, 28 ANOS - TCE PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO. EM PRONTUÁRIO HÁ RELATO DE QUE ESTAVA ALCOOLIZADO E SEM CAPACETE. PACIENTE TORPOROSO E SEM ACOMPANHANTE PARA MAIORES INFORMAÇÕES. AO EXAME: AO2, RV2, RM 5; PIFR; SEM DÉFICIT APENDICULAR GROSSERO. TCC: HSA, PREDOMINANDO EM FISSURA SILVIANA ESQUERDA. PEQUENA CONTUSÃO EM SEPTO PELÚCIDO. HD: TRAUMA SEGUIDO DE HSAT E CONTUSÃO?? OU HSAE, SEGUIDO DE QUEDA DE MOTO E TCE. CD: INTERNO AOS CUIDADOS DA NEUROCIRURGIA. ENCAMINHO A REANIMAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO INTENSIVA. RL TC DE COLUNA CERVICAL. MANEJO
04/04/2020 08:57	LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE	EM TEMPO: SOLICITO ANGIO TC DE CRÂNIO.

**PRESCRIÇÃO**

Médico: LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE CRM 11742 04/04/20 08:47

Prescrição	Horário:
OMEPRAZOL 40MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 10 ML DILUENTE PRÓPRIO / INTRAVENOSA / 24/24 H	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
NIMODIPINA 30MG - COMP ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 4/4 H	
VITAMINAS DO COMPLEXO B 2ML - AMP ADMINISTRAR 5 AMP + 500 ML SG5% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608958431368 Admissão: 04/04/2020 03:03  
 Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA  
 Pront.: 5663948 Data Nasc.: 23/09/1991 Idade: 28 ano(s) 8 mes(es) e 16 dia(s) Tel.:  
 Mãe: ANA CELIA ALVES DA SILVA  
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA  
 CEP 60525460 Bairro: HENRIQUE JORGE  
 Endereço: R EURICO MEDINA

**PRESCRIÇÃO**

Médico: LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE CRM 11742 04/04/20 08:47

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS   TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS   OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA   30 GRAUS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 8 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H   SE DOR OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H   D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H   SE NÁUSEA OU VÔMITO	
Nº TOTAL DE FASES: 6  </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML  </BR>FASE(S) 1,2,3,4,5,6: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 42 GOTAS/MIN  </BR> / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA   QUE TOLERAR	
VITAMINAS DO COMPLEXO B 2ML - AMP ADMINISTRAR 5 AMP + 500 ML SG5% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL** Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

LEVADO O URGENTECOLO - 101  
 RUA TORONDA  
 FELIPE ANDERSON ALVES  
 DATA: 09/06/2020  
 MATRICULA: 51022  
*Lucas Freitas*

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA		
Idade: 28 ano(s) 7 mes(es) e 27 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5663948
Endereço: R EURICO MEDINA		Bairro: HENRIQUE JORGE
Num: 1622 CEP: 60525460	UF: CEARÁ	Cidade: FORTALEZA

**Localização**

Clinica: UNIDADE 21	Enfermaria: 210	Leito: 2102
---------------------	-----------------	-------------

Admissão Emergência: 04/04/2020 03:03

Internação 04/04/2020 22:39 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

**Relatório**

Tipo de Saída: Alis

Cancelada

Não

**Resumo Clínico**

FELIPE ANDERSON, 28A, QUEDA DE MOTO > TCE TTO CONSERVADOR + PNM? (ASPIRAÇÃO?) + INFECÇÃO CUTÂNEA? + FRATURA CLAVÍCULA DIREITA. TEVE SUSPEITA COVID19 DESCARTADA. INICIO DOS SINTOMAS 01/05/19 (TOSSE SECA, FEBRE BAIXA E LINFOOPENIA) ->FEZ USO DE 7 DIAS DE CEFTRIAXONA. 3 TESTES RAPIDOS NEGATIVOS. TEVE ALTA DA TO E DA NEUROCIRURGIA. REALIZADO AJUSTE DE ANTI-PSICOTICOS E COMPLETADO ESQUEMA ANTIBIOTICO. AVALIADO PELA TO E OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA. VAI DE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS, ORIENTADO PELA NEUROCIRURGIA ENCAMINHAR AO CAPS PARA ACOMPANHAMENTO.

LABORATORIO: (08/05/20) HB: 13 LEUC: 4470 L: 1026 N: 2972 PLAQ: 152.000 D-DIMERO: 0,8 TTPA: 30s UR: 17 CR: 0,7 K: 3,6 CA: 8,4 NA: 137 PCR: 51 (13/05) HB 11,3 LEUCO 4370 L: 1038 PLAQ 222MIL PCR 43 NA 137 K 3,6 UR 19 CR 0,7 (18/05) HB 12,4 LEUCO 7250 PLAQ 322MIL UR 18 CR 0,7 PCR 6

**Exames Realizados**

> TC CRÂNICO (6/4/2020): CONTUSÕES CEREBRAIS CORTICOSUBCORTICAIS FRONTOTEMPORAL ESQUERDA. HEMORRAGIA SUBARACNOIDE ADJACENTES. LINHA MÉDIA CENTRADA.

> TC CRÂNIO CONTROLE (11/4/2020). ÁREAS HIPODENSAS FRONTOTEMPORAIS BILATERAIS MAIS A ESQUERDA. HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. LINHA MÉDIA CENTRADA.

> TC CRÂNIO (16/4/2020): ÁREA HIPODENSA FRONTO TEMPORAL ESQUERDA CORRESPONDENDO A CONTUSÃO CEREBRAL. COLEÇÃO HIPODENSA SUBDURAL LAMINAR FRONTAL DIREITA. LINHA MÉDIA CENTRADA.

**Terapêutica Utilizada**

OSELTAMIVIR + AZITROMICINA + HIDROXICLOROQUINA + CEFTAZIDIMA (INÍCIO: 04/05/20)  
FEZ USO PREVIO DE: VANCO D14 + METRONIDAZOL D7; TAZOCIN D14 + CEFTRIAXONA ? DIAS

**Sequelas Apresentadas****Diagnóstico**

S06 - TRAUMATISMO INTRACRANIANO

### DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S06	TRAUMATISMO INTRACRANIANO

Joyce Alves da Fonseca Farias  
Clínica Médica  
CRMEC - 12003

**Condições de Alta**

Melhorado

Data Programada da Alta: 20/05/2020

**Observações Complementares**

SEGUIR PRESCRIÇÃO MÉDICA  
ENCAMINHO AO CAPS PARA SEGUIMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

**Responsável**

Médico: JOYCE ALVES DA FONSECA FARIAS

Data: 20/05/2020

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará  
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Dr. Felipe Andrade A. Lima

Encaminho 

Paiquintre



06/03/20



PREFEITURA DE  
**MARACANAÚ**

## **RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

### **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Engenheiro Francisco de Oliveira, 1075 Centro  
Bairro: Centro, Cidade: Fortaleza, UF: CE

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (085) 2722272

- 1º VIA DE ENTREGA DA FARMÁCIA/DRUGARIA
- 2º VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

DR. WALTER GOMES  
MEDICO PSQUIATRA  
SUSPEITO

Caracteres: Marca

Paciente: Turma: Mullen sem 12 meses.

Endereço: 12 C, N 90, Cid. Jardim Walter

Prescrição:

Bumendoxina 3mg \_\_\_\_\_ Gelp

Turma: 10p é certo

Data: 18/03/10.

Assinatura do Médico

### **IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome \_\_\_\_\_

Ident. \_\_\_\_\_ Org Emissor \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### **IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Assinatura do Farmacêutico

Data

FELIPE ANDRÉS DE ALVES LIMA

Exame: TC CRANIO  
Médico Solicitante: Não informado  
Convênio: PARTICULAR  
Data: 21/07/2020 Pedido: 260108

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL CRÂNIO-CEREBRAL**

**TÉCNICA:**

Realizados cortes axiais do crânio sem a administração E.V. do produto de contraste iodado.

**LAUDO:**

- Hipoatenuação cortico-subcortical no polo do lobo temporal esquerdo e no giro frontal inferior à esquerda, sugerindo sequela de contusão do parênquima.
- Foco de calcificação intraparenquimatoso de aspecto residual no lobo parietal direito, medindo 0,2 cm.
- Parênquima encefálico restante com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substâncias branca e cinzenta.
- Ventrículos cerebrais simétricos com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras sylvianas e cisternas anatômicos.
- Não há desvios das estruturas da linha média.
- Não identificamos coleções patológicas intracranianas.
- Não evidenciamos lesões ósseas na calota craniana.

**CONCLUSÃO:**

- Hipoatenuação cortico-subcortical no polo do lobo temporal esquerdo e no giro frontal inferior à esquerda, sugerindo sequela de contusão do parênquima.
- Foco de calcificação intraparenquimatoso de aspecto residual no lobo parietal direito.

Dr. Douglas Henning Pinheiro Aragão  
Médico Radiologista CRM 13015/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
**0773970** MTE CE

CPF  
**038.160.713-50** DATA NASCIMENTO  
**23/09/1991**

PAIS/AVÔS  
**FRANCISCO RODOLFO LIMA  
DE ABREU  
ANA CELIA ALVES DA  
SILVA**

PERMISSÃO  
**[Redacted]** ACC CALHA  
**[Redacted]** AB

Nº REGISTRO  
**07127581680** VALIDADE  
**24/04/2023** 1ª HABILITAÇÃO  
**13/09/2018**

OBSERVAÇÕES

EAR:

*Felipe Anderson Alves Lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**FORTALEZA, CE** DATA EMISSÃO  
**20/09/2019**

*Igor Vasconcelos Ponte*  
IGOR VASCONCELOS PONTE

**05698404536**  
**CE172643546**

ASSINATURA DO EMISSOR

**CEARÁ**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1838237290**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1838237290**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200338902      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA      **Data do acidente:** 04/04/2020      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craniano com HSA e contusão cerebral

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, pensamento fuga de ideias, dano cognitivo-comportamental alienante.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento conservador com Risperidona.

**Sequelas permanentes:** Deficit cognitivo-comportamental alienante.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/10/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219412/20

**Vítima:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

**CPF:** 038.160.713-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2020

**Titular do CPF:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FELIPE ANDERSON ALVES LIMA : 038.160.713-50**

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](http://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: 06/08/2020  
Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA  
CPF: 038.160.713-50

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

---

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

---

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 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  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200279588

Data da solicitação: 15/09/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Felipe Anderson Alves Lima

CPF do beneficiário: 038.160.713-50

Nome do solicitante: Felipe Anderson Alves Lima

CPF do solicitante: 038.160.713-50

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98781 6626, Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Estou encerrando documentação médica que comprova que fiquei com sequelas. Solicito perícia médica.

Fortaleza, 22 de Setembro 2020  
Local e Data  
x Felipe Anderson Alves Lima

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267351/20

**Vítima:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

**CPF:** 038.160.713-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2020

**Titular do CPF:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FELIPE ANDERSON ALVES LIMA : 038.160.713-50**

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](http://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: 22/09/2020  
Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA  
CPF: 038.160.713-50

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

---

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267351/20

**Vítima:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

**CPF:** 038.160.713-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2020

**Titular do CPF:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FELIPE ANDERSON ALVES LIMA : 038.160.713-50**

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](http://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: 22/09/2020  
Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA  
CPF: 038.160.713-50

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

---

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA