
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253443

Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA

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

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253443

Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARCELO BESSA FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000003887-3**

Conta: **0000046286-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253443

Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA

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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200253443

Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO BESSA FERREIRA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARCELO BESSA FERREIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000003887-3

Conta: 0000046286-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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



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: 055.131.816.30 4 - Nome completo da vítima: Manoela Bessa Ferreira

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

5 - Nome completo: Manoela Bessa Ferreira 6 - CPF: 055.131.816.30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua A Leny Almeida Lustosa 9 - Número: 206 10 - Complemento: Lapa B
11 - Bairro: Bom Jardim 12 - Cidade: Soritiba 13 - Estado: Paraná 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3887 3 CONTA: 46286 1
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Soritiba, 16 julho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020403969



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1014 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/07/2020 15:13:01**
Data / Hora da Ocorrência: **29/10/2019 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R EMILIO DE MENEZES C/ RUA VERBENA ,
BONSUCESSO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCELO BESSA FERREIRA**
Nascimento: **29/04/1982** CPF: **055.131.816-30**
RG: **2005002051844** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA**
JOSE AIRTON FERREIRA
Endereço: **RUA A, 206 B**
Bairro: **GRANJA LISBOA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98854-5342**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNW1495** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0810KR247849 Renavam: **1208341020** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **LARANJA** Proprietário: **MARCELO BESSA FERREIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA
CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNW-1495
NA RUA EMILIO DE MENEZES QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA
AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA
PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO
SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO
CEARA PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA &
PARANGABA. E NADA MAIS DISSE. ///////////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020403969



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1014 / 2020

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



**Governo do
Estado do Ceará
Corpo de Bombeiros Militar
Batalhão de socorro de urgência**

CERTIDÃO

Nº 11 / 2020.

O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, Através do Batalhão de Socorro de Urgência - BSU, Certifica para os devidos fins que a guarnição do Resgate 24, viatura modelo ambulância, atendeu uma ocorrência de acidente de trânsito (Colisão Moto X Moto), No cruzamento da Rua Verbena com Rua Emílio de Menezes – Bairro Bonsucesso, Fortaleza-Ce, às 13:40h do dia 29 de Outubro de 2019, tendo como vítima Marcelo Bessa Ferreira, 37 anos de idade, que foi conduzido ao hospital IJF (Frocinha) da Parangaba.

Quartel em Fortaleza, 03 de Julho de 2020.

Recebi em: ____/____/2020

CPF/RG: _____

ANTONIO TARQUISIO SOARES

SUB TEN BM

MF: 113.790-1-X

Antonio Tarquisio Soares

ANTONIO TARQUISIO SOARES - ST BM

Matrícula: 113.790-1-X

Escalante/aux. Adm do BSU/CBMCE

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: 055.131.816.30 4 - Nome completo da vítima: Manoela Bessa Ferreira

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

5 - Nome completo: Manoela Bessa Ferreira 6 - CPF: 055.131.816.30
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua A. Leij. Almeida bustos 9 - Número: 206 10 - Complemento: Lapa B
11 - Bairro: Bom Jardim 12 - Cidade: Sortoleza 13 - Estado: Paraná 14 - CEP: 60110-000
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): 85 9 87627530

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 3887 3 CONTA: 46286 1
(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 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

Interpretação
significativa
vítima ou
beneficiário
não afetado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Sortoleza, 16 julho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO BESSA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03887-3

CONTA: 000000046286-1

Nr. da Autenticação D7B9C8E53B8EBB96

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: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO BESSA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03887-3

CONTA: 000000046286-1

Nr. da Autenticação 99F16672F1CCEB97

Nº do Cliente:

4880725

Para agilizarmos seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Terra Solar de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.846-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 070111697

Rota FOL19U35 - 183800

Referência 06/2020

Nome MARCELO BESSA FERREIRA

Endereço RU A CONJ ALMEIDA LUSTOSA, 00206 - CS B, BOM JARDIM, 60110-000, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 27/06/2020

Medidor 4638840-FAE-643

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ENDEREÇO RESERVAÇÃO DO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior

27/05/2020

Atual

27/06/2020

Próxima prevista

28/07/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EF	50.510	50.510	1.00	3.77	0.00	3.77	0.2445	253,38

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC
CONSUMO
PARCELAMENTO NORMAL 1/7

TARIFA

VALOR (R\$)

-	28,86
0,78446	253,38
-	155,23

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	253,38	27,00	68,41
PIS	253,38	0,99	2,51
COFINS	253,38	4,52	11,45

VENCIMENTO: 03/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

437,47

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 055.131.816-30

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

126,09

Compensado kg (CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (%CO₂)

0-100%

0-100%

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 28/05 - 27/06

Nº do Cliente: 4880725

Data de Emissão: 27/06/2020

Nº da Nota Fiscal: 070111697

Referência: 06/2020

Total a Pagar (R\$): 437,47

Nº de Controle: 200002607878

V: [1.0.0.14]

08/07/2020 09:53

047011697

28/6/2020

83880000004 6 37470031200 8 00260787807 6 00004880725 7



83880000004 6 37470031200 8 00260787807 6 00004880725 7



ADMISSÃO DE ENFERMAGEM DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME: _____ IDADE: _____ (ANOS)

HD: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PRONT: _____

ACOMPANHANTE: () SIM | () NÃO CHEGADA: () DEAMBULANDO | () CADEIRA | () MACA

SEXO: MASC. () | FEM. () GESTANTE: () SIM | () NÃO

COLETA DE DADOS E HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

ESTADO GERAL: Higiene: () Satisfatória | () Insatisfatória

Deambulação: () Sem Auxílio | () Com Auxílio | () Restrito ao Leito

NEUROLÓGICA: Nível de Consciência: () Consciente | () Torporoso | () Inconsciente | () Sedado

Orientação: () Orientado | () Algo Orientado | () Desorientado

RESPIRATÓRIO: Ventilação: () Ar ambiente | Suporte Ventilatório: QUAL: _____

Padrão Ventilatório: () Eupneia | () Bradipnéia | () Taquipnéia | () Dispnéia

DIGESTIVO: Abdome: () Íntegro | () Plano | () Globoso | () Distendido Dispositivos: _____

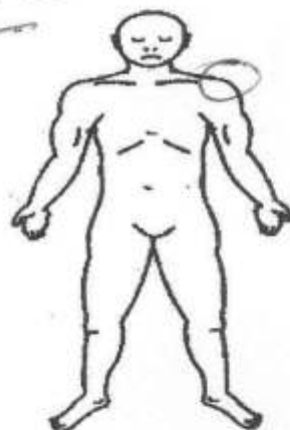
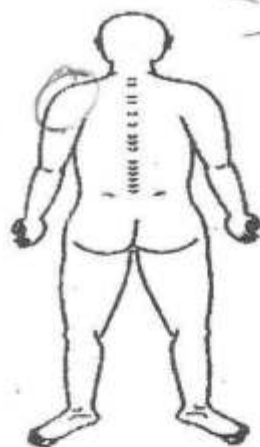
Dieta Zero: () NÃO | () SIM

URINÁRIO

Diurese: () Espontânea | () Hemodiálise | () Sondado | () Bexigoma | () Anúria | () Disúria | () Hematúria

MMSS E MMII E TEGUMENTO: () Hidratado | () Desidratado | () Edemaciado LOCAL: _____

LOCALIZAÇÃO DE LESÕES



LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO GRAU: _____

SINAIS DE FLOGÍSTICOS: () SIM () NÃO

USO DE PRÓTESES: () SIM () NÃO

LOCAL: _____

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO

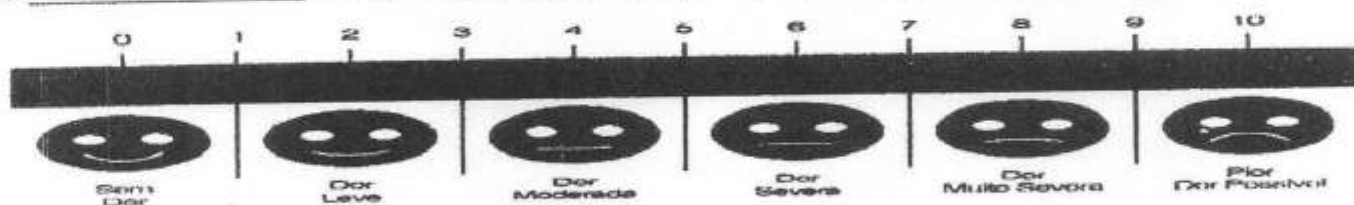
QUAL: _____

COMORBIDADES: _____

MEDICAÇÕES DE USO COTIDIANO: _____

ALERGIAS: () NEGA () SIM - QUAL? _____

PA: _____ mmHg P: _____ bpm TAx: _____ °C R: _____ irpm SpO₂: _____ %



História da doença atual e queixas: _____

Assinatura: _____

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Name: _____

Prontuário	Enferm. ,	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			/ /	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
22/10/14	<p>LAO gran 71/ (2)</p> <p>H. Lima</p> <p> Ponto Elvyl Prota Ponto Operadora Transmissões CNPJ: 06.914.880/01-14 RSCOT: 11223 </p>

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAÚDE - Serviço de Atendimento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

14:				
16:				
20:				
06:				

CRÁRIO:				
P.A.:				
TEMP.º:				
P./MIN.:				
M.V. / MIN.:				

NOME:

IDADE:

ENF.:

LETO:

Nº. PRONTUÁRIO:

BATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HISTÓRIO DE PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS	PRESCRIÇÃO	RECEITA
	1. 100mg 1/2			
	2. 100mg 1/2			
	3. 100mg 1/2			
	4. 100mg 1/2			
	5. 100mg 1/2			
	6. 100mg 1/2			
	7. 100mg 1/2			
	8. 100mg 1/2			
	9. 100mg 1/2			
	10. 100mg 1/2			
	11. 100mg 1/2			
	12. 100mg 1/2			
	13. 100mg 1/2			
	14. 100mg 1/2			
	15. 100mg 1/2			
	16. 100mg 1/2			
	17. 100mg 1/2			
	18. 100mg 1/2			
	19. 100mg 1/2			
	20. 100mg 1/2			
	21. 100mg 1/2			
	22. 100mg 1/2			
	23. 100mg 1/2			
	24. 100mg 1/2			
	25. 100mg 1/2			
	26. 100mg 1/2			
	27. 100mg 1/2			
	28. 100mg 1/2			
	29. 100mg 1/2			
	30. 100mg 1/2			
	31. 100mg 1/2			
	32. 100mg 1/2			
	33. 100mg 1/2			
	34. 100mg 1/2			
	35. 100mg 1/2			
	36. 100mg 1/2			
	37. 100mg 1/2			
	38. 100mg 1/2			
	39. 100mg 1/2			
	40. 100mg 1/2			
	41. 100mg 1/2			
	42. 100mg 1/2			
	43. 100mg 1/2			
	44. 100mg 1/2			
	45. 100mg 1/2			
	46. 100mg 1/2			
	47. 100mg 1/2			
	48. 100mg 1/2			
	49. 100mg 1/2			
	50. 100mg 1/2			

Paulo Ruyel Porto Porto
Osteod. e Fisioterapeuta
CRESSO 001/18001: 11215



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO ÀS PESSOAS
AV. Celso de Faria nº 1227 - Parangaba - CEP 60.136-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3183-7222



CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SUS - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

Paulo Elzei Frota Porto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC: 9914 RDT: 11393

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

2. ☐ OBSTÉTRICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

6. ☐ PEDIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Paulo Elzei Frota Porto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-EC: 9914 RDT: 11393

29/10/19

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE MARCELO BESSA FERREIRA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRECATÓRIO 393585	Nº DO BE 294964
CADASTRO		NASCIMENTO 29/04/1982(37 ANOS)	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
DOCUMENTOS		ENDEREÇO AVENIDA OSCAR ARARIPE 3540 GRANJA LISBOA		NOME MÃE MARIA ELIZABETE BESSA FERREIRA	
NOME RESPONSÁVEL NI		CONTATO (85) 88545-342			
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE				
CEP 60.540-442					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA REFERE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.		MOTIVO COLISÃO MOTO X MOTO			
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS		PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	SAT O2 NI%			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO LARA JALES RODRIGUES FARIAS			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 29/10/2019 14:43:39	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
ANAMNESE <i>Ref. trauma "queda de moto" - joelho</i> <i>sem lesões visíveis</i>					
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RMG-X () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES		
<i>Paracetamol 500mg</i>	<i>(1)</i>		<i>03/20/2022</i>		
<i>Aspirina</i>			<i>/</i>		
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () FMIL () ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO 29/10/2019 14:43:41		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por Lara Jales Rodrigues Farias em 29/10/2019 às 14:43:41

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Marcelo Bessa Ferreira
marcelo.bessa.ferreira

FICHA DE CADASTRO E ATENDIMENTO

DADOS CADASTRAIS

Registro: 40849

Nome: MARCELO BESSA FERREIRA

Nome da Mãe: MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA

Nome do Pai:

Município: FORTALEZA

Endereço: OSCAR ARARIPE, 3540

Telefone de Contato: - 8588545279 -

Documentos: CI: 2005002051844,

Responsável pelo paciente: Telefone de Contato:

Em caso de Urgência comunicar:

Usuário: NATANSILVAC

Data Nasc: 29/04/1982

CEP: 60340440

Bairro: BOM JARDIM

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Tipo de Atendimento: INT

Data Atendimento: 30/10/2019

Hora: 10:30:11

Convênio: PARTICULAR

Categoria: PARTICULAR

Unidade: UNIDADE C

Observações:

Médico: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

CONDIÇÃO QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

CID:

MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFERÊNCIA DE CONTABILIDADE
INSTITUTO DE CONTABILIDADE
CARTÃO DE CONTABILIDADE
LIVRO DE CONTABILIDADE

Walter Candido de Oliveira
Ortopedia e Trauma
CRM 7841

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANAMNESE DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: MARCELO BESSA FERREIRA , REGISTRO: 40849
IDADE DO PACIENTE: 37 anos 6 meses 1 dia
DATA DE NASCIMENTO: 29/04/82 NÚMERO DO CNS:
NOME DA MÃE: MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA NOME DO PAI: «030»
ENDEREÇO: OSCAR ARARIPE NÚMERO: 3540 BAIRRO: BOM JARDIM
RG: 2005002051844 ORGÃO EXPEDIDOR: CE CPF:
TELEFONE PARA CONTATO:

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO: 30/10/19 HORA: 10:30:11
MÉDICO: WALTER CANDIDO DE OL CRM: 7841 ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA
CONVÊNIO: PARTICULAR CATEGORIA: PARTICULAR
QUARTO/LEITO: APART QUARTO 2 - 2-1 UNIDADE: UNIDADE C

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA HOSPITALAR

CONDIÇÕES DE ALTA:

() CURADO () A PEDIDO (x) MELHORADO () INALTERADO

() TRANSFERIDO:

() OUTRA:

OBSERVAÇÕES:

DATA DA ALTA: 31/10/19

HORA DA ALTA: 09:00

MARACANAÚ,

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

O Membro
 O Assistente e Controlador
 O Primeiro Assistente
 + Anestesista
 PAPA

Walter Candido de Oliveira
 CRM 7841
 Ortopedia-Trauma

30.10.2013.

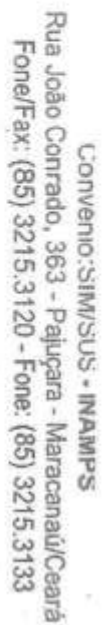
Cirurgião	1º Auxiliar
Assinatura e Carimbo do Cirurgião	Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.





NOME DO PACIENTE	DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
544619	3/10/19	<p>Reavaliada planta para amputação</p> <p><i>Walter Candido de Oliveira</i> Walter Candido de Oliveira Ortopedia-Trauma CRM 7841</p> <p><i>Walter Candido de Oliveira</i> Walter Candido de Oliveira Ortopedia-Trauma CRM 7841</p> <p><i>Walter Candido de Oliveira</i> Walter Candido de Oliveira Ortopedia-Trauma CRM 7841</p>			

E

Técnico.

40349

PAZIENTE MARCELO BESSA FERREIRA

» Dados da Reclamação

Protocolo:
2463179/2020

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
19/08/2020 08:09:27

» Dados do reclamante

Segurado:
Marcelo Bessa Ferreira

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
055.131.816-30

» Formas de contato

E-mail:
PROFISSIONAL_ROBSON@YAHOO.COM.BR

Endereço:
Rua A Conjunto Almeida Lustosa, 206, Casa B

Bairro:
Bom Jardim

CEP:
60.110-000

Cidade:
fortaleza

» Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Prezado Sr analista. Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, venho por meio desta solicitar a revisão do sinistro hora mencionado, haja visto que não fui avaliado por um profissional adequado para que fosse elaborado um parecer compatível com minhas lesões, me fazendo discordar do parecer atual. Sr analista, peço muito respeitosamente que revise meu processo, e que seja agendada uma perícia médica para que então seja comprovada a gravidade de minhas sequelas, e eu possa ser enquadrado na atual tabela de indenizações de acordo com os termos da Lei nº 6.194, de 1974.

O SAC da empresa foi acionado?
Não

» Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
Aviso de Sinistro	3200253443	

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Manuel Bessa Finnera

vítima de acidente de trânsito, em 29/10/2019, sofreu:

Luxação glenohumeral com fratura
CCO- 543.1

e submeteu-se a tratamento(s): Cinesioterapia
medica e fisioterapia.
Fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

circunferência no ombro afetado
Diminuição da força e da
estabilidade do ombro afetado
Fadiga e congestão precoce no
ombro e limitador de movimentos
instabilidade de membro.
Prejuízo de trabalho
Abaixo média de 10% FMS

11/11
12/08/2020

Dr. Fco. Mardônio Salmito Almeida
Médico - CRM 4411
Ortopedia - Traumatologia

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

CE

NOME
MARCELO BESSA FERREIRA

DOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2005002051844 SSP/CE

CPF
055.131.816-30

DATA NASCIMENTO
29/04/1982

PLACAO
JOSE AIRTON FERREIRA
MARIA ELISABETE BESSA
FERREIRA

PERMISSAO
ACC
CAT. 01

Nº REGISTRO
03950826798

VALIDADE
02/03/2023

1ª HABILITACAO
13/10/2006

OBSERVAÇÕES

CEARÁ

Assinatura do Portador

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSAO
22/04/2019

Assinatura do Diretor

75506901810
CE170356337

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1764895624

PROIBIDO PLASTIFICAR
1764895624

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200253443 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200253443 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura - luxação do ombro esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 15°, abdução aos 60°, adução aos 10°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizada fixação interna e posterior fisioterapia
Alta médica

Sequelas permanentes: Déficit funcional severo em ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/08/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente em 50 % do ombro esquerdo, após nova avaliação recebe indenização complementar.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**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: 3200253443

Nome do(a) Examinado(a): MARCELO BESSA FERREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA A, 206, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 2005002051844

Data e local do acidente: 29/10/2019 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 25/08/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura - luxação do ombro esquerdo

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

Realizada fixação interna e posterior fisioterapia.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 15°, abdução aos 60°, adução aos 10°, rotação medial aos 30°, rotação lateral aos 30°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro 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

Bloqueio grave do arco de movimento do ombro associado a hipotrofia muscular

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.

Ombro Esquerdo - Intenso - 75%

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

VÍTIMA APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO NO MOMENTO DA PERÍCIA QUE CONSTA A LESÃO SUPRACITADA. SOLICITO CONFIRMAR COM A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PARA A SEGURADORA , JÁ QUE NÃO CONSTA NAS ORIENTAÇÕES DESTE LAUDO ELETRÔNICO.


MÉDICO - CREMEC 9950

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199803/20

Número do Sinistro: 3200253443

Vítima: MARCELO BESSA FERREIRA

CPF: 055.131.816-30

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCELO BESSA FERREIRA

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: 19/08/2020
Nome: MARCELO BESSA FERREIRA
CPF: 055.131.816-30

MARCELO BESSA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva