

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, 25 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200302947**

**Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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, 28 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200302947**

**Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

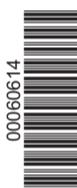
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 06 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200302947**      **Vítima: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/05/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 237**

**Agência: 000000741-2**

**Conta: 0000059707-4**

**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, 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



# 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:

004 493 622-21

4 - Nome completo da vítima:

Lucas Keyurysem Moura da Silva

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

5 - Nome completo:

Lucas Keyurysem Moura da Silva

6 - CPF:

004 493 622-21

7 - Profissão:

Deskre

8 - Endereço:

Rua Gen. Silvano Lidelgo

9 - Número:

1218

10 - Complemento:

lara

11 - Bairro:

Padre Andrade

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

60355-572

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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

0741

2

CONTA: 59707

4

(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)  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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (viu nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

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

Informações  
digitação  
eletrônica  
beneficiários  
colaboradores

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 24 Agosto 2020

Lucas Keyurysem Moura da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1021 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/07/2020 10:23:14**  
Data / Hora da Ocorrência: **24/05/2020 23:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV GOVERNADOR LEONEL BROZOLLA EM FRENTE AO NUMERAL 200, JANGURUSSU - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**  
Nascimento: **20/03/1991** CPF: **004.493.622-21**  
RG: **2004010392983** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA MOURA DA SILVA**  
**JOSÉ ALBERTO DA SILVA**  
Endereço: **RUA SENADOR ALVARO ADOLFO, 1218**  
Bairro: **PADRE ANDRADE**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98582-9916**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **POR9474** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810KR255118** Renavam: **1214567026** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AZUL** Proprietário: **LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

O DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA NXR 156 BROS ESDD, PLACA POR9474, QUANDO DERRAPOU EM UMA CURVA, AO TENTAR DESVIAR-SE DE UM ANIMAL NA VIA; QUE A PISTA ESTAVA MOLHADA; QUE O VEICULO CAIU POR CIMA DE SUA Perna ESQUERDA DESTE; QUE A VÍTIMA FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA. E NÃO MAIS DISSE.

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

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*[Signature]* **MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*[Signature]* **Lucas Keywaison Moura da Silva**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*[Signature]* **DIANA MARCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

# 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:

004 493 622-21

4 - Nome completo da vítima:

Lucas Keyurysem Moura da Silva

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

5 - Nome completo:

Lucas Keyurysem Moura da Silva

6 - CPF:

004 493 622-21

7 - Profissão:

Deskre

8 - Endereço:

Rua Gen. Silvano Lidelgo

9 - Número:

1218

10 - Complemento:

lara

11 - Bairro:

Padre Andrade

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

Ceará

14 - CEP:

60355-572

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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

0741

2

CONTA:

59707

4

(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)  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

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

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

Informações  
digitação  
eletrônica  
beneficiários  
colaboradores

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 24 Agosto 2020

Lucas Keyurysem Moura da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00741-2

CONTA: 000000059707-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO03092020050000000002370074100000059707253125 PAGO

**DADOS DO CLIENTE**

LUCAS KEYNISON MOURA DA SILVA  
RUA SEN ALVARO ADOLFO, 1218, PADRE ANDRADE  
FORTALEZA - CEP: 60355-572

Codificação: 001.039.0116.0766.0000.00.00

Padrão do imóvel: BÁSICO

ESQUINAS

Residencial 001 | Comercial 000 | Industrial 000 | Públ/Com 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDA**

Serviço	Modificador	Leratura Anterior	Leratura Atual	Volumen(m <sup>3</sup> )	Média Sazonal(m <sup>3</sup> )
AGDR	A035358360	913	914	1	2

**DATAS**

Leratura atual: 17/06/2020 Emissão: 17/06/2020 Lacre água: 653020

Leratura anterior: 18/05/2020 Próxima leitura: 17/07/2020 Lacre esgoto: 154165

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A 04/2020

Item de anistia	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Finalizadas	264	264	264	263	263
Em conformidade	263	257	238	255	263

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
Mês/Ano		Mês/Ano
ÁGUA	0,00	Água (m <sup>3</sup> )
ESGOTO	0,00	Esgoto (m <sup>3</sup> )

Emissão: 17/06/2020 | Tel: 35374090943317 | Leit.: 0299 | Data: 17/06/2020 H:09:22:20 R:074 | Via: 001

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,00	VALOR DO SERVICO	0,00	
COFINS	0,00	VALOR DO SUBSÍDIO	0,00	
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,00	

MÊS/ANO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
06/2020 06/07/2020 0,00

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

**INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

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.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

**Esta fatura não precisa ser paga.**

**Esta isenção é um benefício do  
Governo do Ceará para a sua família,  
em virtude da pandemia do coronavírus.**

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):

*Lucas Neiva Ferreira Moura da Silva*

vítima de acidente de trânsito, em 11/11, sofreu:

25/05/2020

*Fratura de mandíbula fsg.  
CID: S82.6  
Lesão traumática e lesão dos sindesmos  
e submeteu-se a tratamento(s):*

*Centrífuga. Redução e fixação  
da maxila, placas e pinos fijos  
tricótagos*

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

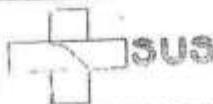
*Edema crônico no periorbita  
cessou  
nlogismo onírico no período  
fase de cura  
mácula claudante  
por realização de massagem com comodas  
e pílulas.*

*Consecuções  
perda de audição  
perda de função  
de fala*

24/08/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
CREMEC 4411

*Fco. Mardonio Salmito Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 4411*

Ministério  
do  
SaúdeSistema  
Único do  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

5 - N° PRONTUÁRIO

51177272

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

20/03/1941

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Moura da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

918121214912661

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua do Rosamento, 44 - Centro - Palmeira

14 - CÓD. IBGE MUNIC.

15 - UF

16 - CEP

50760129

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fortaleza - CE

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fractura suspeita bimalar

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

paciente se sente

desidratado

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

sintomas clínicos

e náuseas

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CÁRASES/ASSOCIAÇÕES

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE

CNS  CPF 

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Dr. Miguel Ricardo D. Moraes

Traumatologista

CRM-CE 429

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N° BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

## AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

104.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tonoz Coelho 1578

Mossoró - RN - 5964-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-00

45 - DOCUMENTO

46 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

104.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

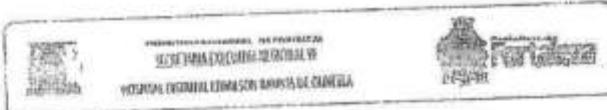
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tonoz Coelho 1578

Mossoró - RN - 5964-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-00

Gr



---

**REGISTRO EMERGÊNCIA**

---

**MATRÍCULA NO HOSPITAL**

5002272

PACIENTE (cont) Kwanson more

DATA OPERAÇÃO: 7/3/05 17:00

## ENFERMARIA

LEITO

1º AUXILIAR:

卷之三

28 AUGUST 1983

## INSTRUMENTADOR

THE JOURNAL OF

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

#### TIPO DE ANESTESIA

## וְאֶלְעָזָר וְאֶל־בְּנֵי־יִשְׂרָאֵל

#### QUADRO DE CO-OPERAÇÃO

fx = 704.800 + 0.856 x

#### TÍPICO DE OPERAÇÃO

### DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO.

ESAME RADIOLOGICO IN DATO

#### EXAME RADIOLÓGICO NO ATC

#### ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

## DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO

Dr. Igor de Lucena  
Ortopedia e Traumatologia  
Eletrocirurgia Pélvica e Tumorectomia  
TEOT 153047 CRM 16152

Gráf HDERBO-55 - Oper-003

Oper-003

04.885.197/00012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho 157  
Messejana - Cep: 60.864-810  
Fortaleza - Ceará

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

OK

## DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5177272	Nº DO RE 402478
GADSIUS		SEXO M	
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2004010392983		NOME MAE MARIA MOURA DA SILVA	

NOME RESPONSÁVEL NI		ENDERECO RUA DO PENSAMENTO 44 CONJUNTO PALMEIRAS	
MUNICÍPIO	UF CE	CONTATO (96) 72497-66	
CEP NI			

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA CAIU DA MOTO POR CIMA DA Perna ESQUERDA (ESCORIAÇÕES)	MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)
SINTOMAS DOR EM Perna ESQUERDA COM ESCORIAÇÕES		

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT 02 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NATANA ABREU DE MOURA			

ÁREA ATENDIMENTO

 DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO  
25/05/2020 00:35:14

 ÁREA DE ATENDIMENTO  
2 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

## ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Politransmetismo  
3x3-10-20-25-28-30-35-38-40-45-48-50-55-58-60-65-68-70-75-78-80-85-88-90-95-98-100-105-110-115-120-125-130-135-140-145-150-155-160-165-170-175-180-185-190-195-200-205-210-215-220-225-230-235-240-245-250-255-260-265-270-275-280-285-290-295-300-305-310-315-320-325-330-335-340-345-350-355-360-365-370-375-380-385-390-395-400-405-410-415-420-425-430-435-440-445-450-455-460-465-470-475-480-485-490-495-500-505-510-515-520-525-530-535-540-545-550-555-560-565-570-575-580-585-590-595-600-605-610-615-620-625-630-635-640-645-650-655-660-665-670-675-680-685-690-695-700-705-710-715-720-725-730-735-740-745-750-755-760-765-770-775-780-785-790-795-800-805-810-815-820-825-830-835-840-845-850-855-860-865-870-875-880-885-890-895-900-905-910-915-920-925-930-935-940-945-950-955-960-965-970-975-980-985-990-995-1000-1005-1010-1015-1020-1025-1030-1035-1040-1045-1050-1055-1060-1065-1070-1075-1080-1085-1090-1095-1100-1105-1110-1115-1120-1125-1130-1135-1140-1145-1150-1155-1160-1165-1170-1175-1180-1185-1190-1195-1200-1205-1210-1215-1220-1225-1230-1235-1240-1245-1250-1255-1260-1265-1270-1275-1280-1285-1290-1295-1300-1305-1310-1315-1320-1325-1330-1335-1340-1345-1350-1355-1360-1365-1370-1375-1380-1385-1390-1395-1400-1405-1410-1415-1420-1425-1430-1435-1440-1445-1450-1455-1460-1465-1470-1475-1480-1485-1490-1495-1500-1505-1510-1515-1520-1525-1530-1535-1540-1545-1550-1555-1560-1565-1570-1575-1580-1585-1590-1595-1600-1605-1610-1615-1620-1625-1630-1635-1640-1645-1650-1655-1660-1665-1670-1675-1680-1685-1690-1695-1700-1705-1710-1715-1720-1725-1730-1735-1740-1745-1750-1755-1760-1765-1770-1775-1780-1785-1790-1795-1800-1805-1810-1815-1820-1825-1830-1835-1840-1845-1850-1855-1860-1865-1870-1875-1880-1885-1890-1895-1900-1905-1910-1915-1920-1925-1930-1935-1940-1945-1950-1955-1960-1965-1970-1975-1980-1985-1990-1995-2000-2005-2010-2015-2020-2025-2030-2035-2040-2045-2050-2055-2060-2065-2070-2075-2080-2085-2090-2095-2100-2105-2110-2115-2120-2125-2130-2135-2140-2145-2150-2155-2160-2165-2170-2175-2180-2185-2190-2195-2200-2205-2210-2215-2220-2225-2230-2235-2240-2245-2250-2255-2260-2265-2270-2275-2280-2285-2290-2295-2300-2305-2310-2315-2320-2325-2330-2335-2340-2345-2350-2355-2360-2365-2370-2375-2380-2385-2390-2395-2400-2405-2410-2415-2420-2425-2430-2435-2440-2445-2450-2455-2460-2465-2470-2475-2480-2485-2490-2495-2500-2505-2510-2515-2520-2525-2530-2535-2540-2545-2550-2555-2560-2565-2570-2575-2580-2585-2590-2595-2600-2605-2610-2615-2620-2625-2630-2635-2640-2645-2650-2655-2660-2665-2670-2675-2680-2685-2690-2695-2700-2705-2710-2715-2720-2725-2730-2735-2740-2745-2750-2755-2760-2765-2770-2775-2780-2785-2790-2795-2800-2805-2810-2815-2820-2825-2830-2835-2840-2845-2850-2855-2860-2865-2870-2875-2880-2885-2890-2895-2900-2905-2910-2915-2920-2925-2930-2935-2940-2945-2950-2955-2960-2965-2970-2975-2980-2985-2990-2995-3000-3005-3010-3015-3020-3025-3030-3035-3040-3045-3050-3055-3060-3065-3070-3075-3080-3085-3090-3095-3100-3105-3110-3115-3120-3125-3130-3135-3140-3145-3150-3155-3160-3165-3170-3175-3180-3185-3190-3195-3200-3205-3210-3215-3220-3225-3230-3235-3240-3245-3250-3255-3260-3265-3270-3275-3280-3285-3290-3295-3300-3305-3310-3315-3320-3325-3330-3335-3340-3345-3350-3355-3360-3365-3370-3375-3380-3385-3390-3395-3400-3405-3410-3415-3420-3425-3430-3435-3440-3445-3450-3455-3460-3465-3470-3475-3480-3485-3490-3495-3500-3505-3510-3515-3520-3525-3530-3535-3540-3545-3550-3555-3560-3565-3570-3575-3580-3585-3590-3595-3600-3605-3610-3615-3620-3625-3630-3635-3640-3645-3650-3655-3660-3665-3670-3675-3680-3685-3690-3695-3700-3705-3710-3715-3720-3725-3730-3735-3740-3745-3750-3755-3760-3765-3770-3775-3780-3785-3790-3795-3800-3805-3810-3815-3820-3825-3830-3835-3840-3845-3850-3855-3860-3865-3870-3875-3880-3885-3890-3895-3900-3905-3910-3915-3920-3925-3930-3935-3940-3945-3950-3955-3960-3965-3970-3975-3980-3985-3990-3995-4000-4005-4010-4015-4020-4025-4030-4035-4040-4045-4050-4055-4060-4065-4070-4075-4080-4085-4090-4095-4100-4105-4110-4115-4120-4125-4130-4135-4140-4145-4150-4155-4160-4165-4170-4175-4180-4185-4190-4195-4200-4205-4210-4215-4220-4225-4230-4235-4240-4245-4250-4255-4260-4265-4270-4275-4280-4285-4290-4295-4300-4305-4310-4315-4320-4325-4330-4335-4340-4345-4350-4355-4360-4365-4370-4375-4380-4385-4390-4395-4400-4405-4410-4415-4420-4425-4430-4435-4440-4445-4450-4455-4460-4465-4470-4475-4480-4485-4490-4495-4500-4505-4510-4515-4520-4525-4530-4535-4540-4545-4550-4555-4560-4565-4570-4575-4580-4585-4590-4595-4600-4605-4610-4615-4620-4625-4630-4635-4640-4645-4650-4655-4660-4665-4670-4675-4680-4685-4690-4695-4700-4705-4710-4715-4720-4725-4730-4735-4740-4745-4750-4755-4760-4765-4770-4775-4780-4785-4790-4795-4800-4805-4810-4815-4820-4825-4830-4835-4840-4845-4850-4855-4860-4865-4870-4875-4880-4885-4890-4895-4900-4905-4910-4915-4920-4925-4930-4935-4940-4945-4950-4955-4960-4965-4970-4975-4980-4985-4990-4995-5000-5005-5010-5015-5020-5025-5030-5035-5040-5045-5050-5055-5060-5065-5070-5075-5080-5085-5090-5095-5100-5105-5110-5115-5120-5125-5130-5135-5140-5145-5150-5155-5160-5165-5170-5175-5180-5185-5190-5195-5200-5205-5210-5215-5220-5225-5230-5235-5240-5245-5250-5255-5260-5265-5270-5275-5280-5285-5290-5295-5300-5305-5310-5315-5320-5325-5330-5335-5340-5345-5350-5355-5360-5365-5370-5375-5380-5385-5390-5395-5400-5405-5410-5415-5420-5425-5430-5435-5440-5445-5450-5455-5460-5465-5470-5475-5480-5485-5490-5495-5500-5505-5510-5515-5520-5525-5530-5535-5540-5545-5550-5555-5560-5565-5570-5575-5580-5585-5590-5595-5600-5605-5610-5615-5620-5625-5630-5635-5640-5645-5650-5655-5660-5665-5670-5675-5680-5685-5690-5695-5700-5705-5710-5715-5720-5725-5730-5735-5740-5745-5750-5755-5760-5765-5770-5775-5780-5785-5790-5795-5800-5805-5810-5815-5820-5825-5830-5835-5840-5845-5850-5855-5860-5865-5870-5875-5880-5885-5890-5895-5900-5905-5910-5915-5920-5925-5930-5935-5940-5945-5950-5955-5960-5965-5970-5975-5980-5985-5990-5995-6000-6005-6010-6015-6020-6025-6030-6035-6040-6045-6050-6055-6060-6065-6070-6075-6080-6085-6090-6095-6100-6105-6110-6115-6120-6125-6130-6135-6140-6145-6150-6155-6160-6165-6170-6175-6180-6185-6190-6195-6200-6205-6210-6215-6220-6225-6230-6235-6240-6245-6250-6255-6260-6265-6270-6275-6280-6285-6290-6295-6300-6305-6310-6315-6320-6325-6330-6335-6340-6345-6350-6355-6360-6365-6370-6375-6380-6385-6390-6395-6400-6405-6410-6415-6420-6425-6430-6435-6440-6445-6450-6455-6460-6465-6470-6475-6480-6485-6490-6495-6500-6505-6510-6515-6520-6525-6530-6535-6540-6545-6550-6555-6560-6565-6570-6575-6580-6585-6590-6595-6600-6605-6610-6615-6620-6625-6630-6635-6640-6645-6650-6655-6660-6665-6670-6675-6680-6685-6690-6695-6700-6705-6710-6715-6720-6725-6730-6735-6740-6745-6750-6755-6760-6765-6770-6775-6780-6785-6790-6795-6800-6805-6810-6815-6820-6825-6830-6835-6840-6845-6850-6855-6860-6865-6870-6875-6880-6885-6890-6895-6900-6905-6910-6915-6920-6925-6930-6935-6940-6945-6950-6955-6960-6965-6970-6975-6980-6985-6990-6995-7000-7005-7010-7015-7020-7025-7030-7035-7040-7045-7050-7055-7060-7065-7070-7075-7080-7085-7090-7095-7100-7105-7110-7115-7120-7125-7130-7135-7140-7145-7150-7155-7160-7165-7170-7175-7180-7185-7190-7195-7200-7205-7210-7215-7220-7225-7230-7235-7240-7245-7250-7255-7260-7265-7270-7275-7280-7285-7290-7295-7300-7305-7310-7315-7320-7325-7330-7335-7340-7345-7350-7355-7360-7365-7370-7375-7380-7385-7390-7395-7400-7405-7410-7415-7420-7425-7430-7435-7440-7445-7450-7455-7460-7465-7470-7475-7480-7485-7490-7495-7500-7505-7510-7515-7520-7525-7530-7535-7540-7545-7550-7555-7560-7565-7570-7575-7580-7585-7590-7595-7600-7605-7610-7615-7620-7625-7630-7635-7640-7645-7650-7655-7660-7665-7670-7675-7680-7685-7690-7695-7700-7705-7710-7715-7720-7725-7730-7735-7740-7745-7750-7755-7760-7765-7770-7775-7780-7785-7790-7795-7800-7805-7810-7815-7820-7825-7830-7835-7840-7845-7850-7855-7860-7865-7870-7875-7880-7885-7890-7895-7900-7905-7910-7915-7920-7925-7930-7935-7940-7945-7950-7955-7960-7965-7970-7975-7980-7985-7990-7995-8000-8005-8010-8015-8020-8025-8030-8035-8040-8045-8050-8055-8060-8065-8070-8075-8080-8085-8090-8095-8100-8105-8110-8115-8120-8125-8130-8135-8140-8145-8150-8155-8160-8165-8170-8175-8180-8185-8190-8195-8200-8205-8210-8215-8220-8225-8230-8235-8240-8245-8250-8255-8260-8265-8270-8275-8280-8285-8290-8295-8300-8305-8310-8315-8320-8325-8330-8335-8340-8345-8350-8355-8360-8365-8370-8375-8380-8385-8390-8395-8400-8405-8410-8415-8420-8425-8430-8435-8440-8445-8450-8455-8460-8465-8470-8475-8480-8485-8490-8495-8500-8505-8510-8515-8520-8525-8530-8535-8540-8545-8550-8555-8560-8565-8570-8575-8580-8585-8590-8595-8600-8605-8610-8615-8620-8625-8630-8635-8640-8645-8650-8655-8660-8665-8670-8675-8680-8685-8690-8695-8700-8705-8710-8715-8720-8725-8730-8735-8740-8745-8750-8755-8760-8765-8770-8775-8780-8785-8790-8795-8800-8805-8810-8815-8820-8825-8830-8835-8840-8845-8850-8855-8860-8865-8870-8875-8880-8885-8890-8895-8900-8905-8910-8915-8920-8925-8930-8935-8940-8945-8950-8955-8960-8965-8970-8975-8980-8985-8990-8995-9000-9005-9010-9015-9020-9025-9030-9035-9040-9045-9050-9055-9060-9065-9070-9075-9080-9085-9090-9095-9100-9105-9110-9115-9120-9125-9130-9135-9140-9145-9150-9155-9160-9165-9170-9175-9180-9185-9190-9195-9200-9205-9210-9215-9220-9225-9230-9235-9240-9245-9250-9255-9260-9265-9270-9275-9280-9285-9290-9295-9300-9305-9310-9315-9320-9325-9330-9335-9340-9345-9350-9355-9360-9365-9370-9375-9380-9385-9390-9395-9400-9405-9410-9415-9420-9425-9430-9435-9440-9445-9450-9455-9460-9465-9470-9475-9480-9485-9490-9495-9500-9505-9510-9515-9520-9525-9530-9535-9540-9545-9550-9555-9560-9565-9570-9575-9580-9585-9590-9595-9600-9605-9610-9615-9620-9625-9630-9635-9640-9645-9650-9655-9660-9665-9670-9675-9680-9685-9690-9695-9700-9705-9710-9715-9720-9725-9730-9735-9740-9745-9750-9755-9760-9765-9770-9775-9780-9785-9790-9795-9800-9805-9810-9815-9820-9825-9830-9835-9840-9845-9850-9855-9860-9865-9870-9875-9880-9885-9890-9895-9900-9905-9910-9915-9920-9925-9930-9935-9940-9945-9950-9955-9960-9965-9970-9975-9980-998

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INSEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1843412396

NOME: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR / UF:  
2004010392983 SSP CE

CPF: 004.493.622-21 DATA Nascimento: 20/03/1991

RESUMO:  
JOSE ALBERTO DA SILVA  
MARIA MOURA DA SILVA

PROMESSA:  ADC:  CAINB:

Nº REGISTRO: 05169278746 VALIDEZ: 13/11/2024 1ª HABILITAÇÃO: 26/03/2011

OBSERVAÇÕES:  
SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Titular: Lucas Keywison Moura da Silva

ASSINATURA DO POCULADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 14/11/2019

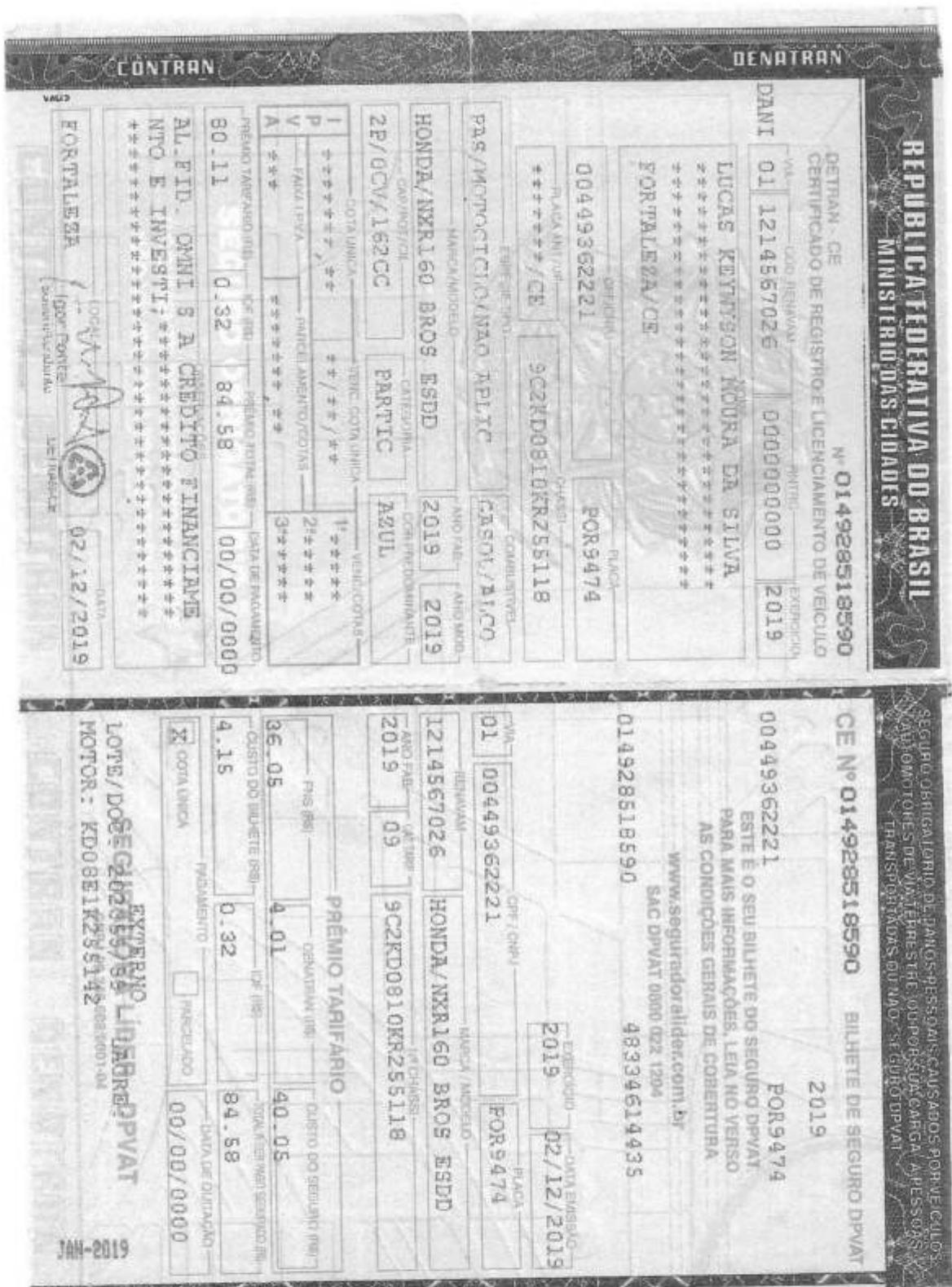
Assinatura do Poculador: Igor VASCONCELOS PONTE  
Nº Cédula: 50424168584  
CE: 173508014

ASSINATURA DO CEDIDOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1843412396



**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: **3200302947**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Senador Álvaro Adolfo, 1218, , Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 2004010392983**

Data e local do acidente: **24/05/2020 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **31/08/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Fratura da fíbula distal esquerda.**

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

**Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.**

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

**Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.**

**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**

**Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, com redução da mobilidade.**

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

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

**VII. Segundo 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 ás regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Intenso - 75%

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

  
Dr. Gracine Freitas Covalente  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT  
Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: POR9474 UF: CE CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
<input type="checkbox"/>	2020	R\$12,30	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago		
30/04/2020		R\$12,30		
<input type="checkbox"/>	2019	R\$10,87	Quitado	

(\*) Motocicleta

[Voltar](#)

[Imprimir](#)

## ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

[Chat](#)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302947      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS KEYWYSON MOURA DA      **Data do acidente:** 24/05/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da fíbula distal esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura da fíbula distal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 24/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, com redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/08/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302947      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS KEYWYSON MOURA DA      **Data do acidente:** 24/05/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da fíbula distal esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura da fíbula distal esquerda, conforme documentos de pronto atendimento de 24/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura com placa e parafusos, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta em tornozelo esquerdo, em grau intenso, com redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/08/2020

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302947      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA      **Data do acidente:** 24/05/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.3)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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 TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*POUCA DOCUMENTAÇÃO\*\*  
\*\*@P.1\*\*\*

DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG. 1 DRºMARDONIO SAMITO CRM 4411 DATA: 24/08/2020.

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200302947      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA      **Data do acidente:** 24/05/2020      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS P.3) ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*POUCA DOCUMENTAÇÃO\*\*

@P.1 DR. FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA CRM 4411 - DATA 24/08/2020.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG. 1 DRºMARDONIO SAMITO CRM 4411 DATA: 24/08/2020.

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237668/20

**Vítima:** LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

**CPF:** 004.493.622-21

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/05/2020

**Titular do CPF:** LUCAS KEYWYSON  
MOURA DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA : 004.493.622-21**

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: 24/08/2020  
Nome: LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA  
CPF: 004.493.622-21

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

\_\_\_\_\_  
LUCAS KEYWYSON MOURA DA SILVA

\_\_\_\_\_  
Antonia Daniella Ferreira da Silva