

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200446067 Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Data do Acidente: 02/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA CLEUMA DE SOUSA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200446067

Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA CLEUMA DE SOUSA

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, 10 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200446067

Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA CLEUMA DE SOUSA

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **MARIA CLEUMA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **104**

Agência: **000002558**

Conta: **00000152109-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2558 - CONTA: 152109 - AGÊNCIA: - CONTA: -

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.

Declaro a apresentação 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 (a) nascido? ☐ 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 art. go 299 do Código Penal

34

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: _____

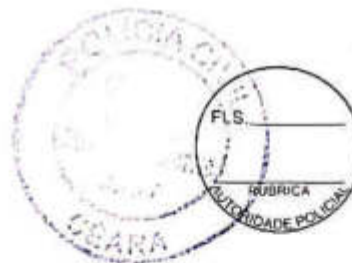
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 2020127956



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 414 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/02/2020 14:21:09**
Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2019 09:20:00**
Endereço da Ocorrência: **R MONSENHOR CARNEIRO C/ RUA TEODORO DE PAIVA, LUCIANO CAVALCANTE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA CLEUMA DE SOUSA**
Nascimento: **30/04/1971** CPF: **431.249.173-91** UF: **CE**
RG: **90015017341** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **LUCIMAR DA SILVA DE SOUSA**
JOSE FARIAS DE SOUSA
Endereço: **RUA EUCLIDES ONOFRE DE SOUSA, 2060**
Bairro: **PARQUE AGUA FRIA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98817-4225**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNN2516** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2MC4400JR017206** Renavam: **1158863516** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 250F TWISTER** Ano
Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE AROUDO SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA NA GARUPA DE UMA MOTO DE PLACA PNN-2516 QUE ERA PILOTADA POR ROMULO FERREIRA FREITAS DE OLIVEIRA CNH NUMERO 05583594394, TRAFEGAVAM PELA RUA MONSENHOR CARNEIRO, QUANDO UM CARRO DE PLACAS NUW-0306 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. 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) :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 12/02/2020 14:33:23

Pág. 1 de 2

Impresso em: 12/02/2020 14:33:23



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020127956



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 414 / 2020

Maria Carolina Santos Barreira
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2558 - CONTA: 152109 - AGÊNCIA: - CONTA: -

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.

Declaro a apresentação 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 (a) nascido? ☐ 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 art. go 299 do Código Penal

34

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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO




Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Maria Cleuma de Sousa - C.P.F. - 431.249.173-91**, no dia **02/11/2019**, às **09h36min**, na **Rua Monsenhor Carneiro da Cunha com Rua Teodoro de Paiva**, no **Bairro Engenheiro Luciano Cavalcante**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P024830/2020**.

Fortaleza, 15 de Janeiro de 2020.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat - 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-024830/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: MOT PONTO DE APOIO: DE 44 Nº DA OCORRÊNCIA: 0246
 DATA: 02/11/19 TURNO: MT EQUIPE: Carla Angelina / B. P.
 NOME: M. C. Oliveira de Souza IDADE: 48 SEXO: F
 ENDEREÇO: monjorim carina da cruz 35 A. P. de Mello
 REFERÊNCIA: higieniz. BAIRRO: de Candelária
 QTY: 9.22 QUS: 9.36 QUY: 9.50 QUL:
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Cólera com vômito

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☒ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE

☒ PÉRVAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A

B

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
<input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE			

C

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input checked="" type="checkbox"/> < 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
<input type="checkbox"/> CÍCLICO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> SECA		
<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	<input type="checkbox"/> FRIA		

LOCAL: M. S. D.

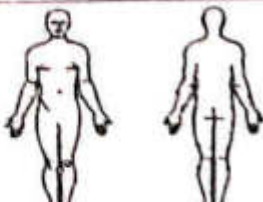
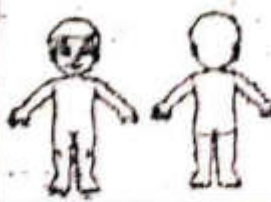
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SONRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECER A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
A VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
A DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1

TOTAL: 15PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	<u>Excluído em 4. de 2005</u> <u>2065</u> <u>4225</u>	

SAMPLA

FC: 76 PA: 18 FR: 18 GLIC: 98 TEMP.: 98

QTY: DESLOCAIMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUT: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUL: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PREScrição Médica

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

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

ASSINATURA:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA CLEUMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000152109-0

Nr. da Autenticação 9435B04F0BF5C3A7

Nº DO CLIENTE

184404

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pelo Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

545736192

Rota 10 01260 14 068600 - 4

Data de Emissão 16/10/2018

Nome JOSE DE GOES PEREIRA

End. Postal RU EUCLIDES ONOFRE SOUSA 02060
CONJUNTO ALVORADA - FORTALEZA -

Medidor 9296915

Poste 2449 I10E

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 000074473-53

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Out/2018	16/10/2018	14/11/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Aço/2018 EUSD 99,59
Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
314,04	27,00%	84,79

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,07	19,15	20,30	4,70	0,00	0,00
FIC	3,17	6,35	12,70	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,86			4,70		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8885.1404.FE25.B506.9251.EC28.C468.CM17

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
76166	75791	1,00	377	0,00	377	8,83000	314,04
16/10/18	17/09/18		29 DIAS		377		314,04

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	314,04
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	31,15
SEGURO SUPER 3 + 1 - PRATIL 0800-600-0560	3,86
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-3,54
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301 1/1	30,00
SEGURO SUPER GARANTIA - PRATIL 0800-600-0560	6,31
-ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 28,95)	

VENCIMENTO

23/10/2018

TOTAL A
PAGAR (R\$)

381,82

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 701008854150994 Admissão: 02/11/2019 10:07
 Nome: MARIA CLEUMA DE SOUSA
 Pront.: 5642655 Data Nasc.: 30/04/1971 Idade: 48 ano(s) 8 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 98827-4225
 Mãe: LUCIMAR DA SILVA DE SOUSA
 Sexo: Feminino RG: 90015017341 Município: FORTALEZA
 CEP 60833-252 Bairro: SAPIRANGA
 Endereço: RUA EUCLIDES ONOFRE DE SOUZA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador FRANCISCA VÂNIA MOURA DE FREITAS COREN:269139 Horário 02/11/2019 10:12
 Queixa: ACIDENTE MOTO/CARRO, COM PERDA DE CONSCIENCIA E DESORIENTAÇÃO. LESAO EM MID

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: SINCOPE + DOR EM REGIAO DA COLUNA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: CLAUDIO REGIS MATOS BRAYNER CRM: 269139 Nº: 569436 Horário 02/11/2019 10:28
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COM TCE E TRAUMA NA PERNA E BRACO ESQUERDO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - JUF
RAE TIRADAALTA

PELO SISTEMA E-SUS

Data: 02/11/2019 18:53

DATA 09/10/2020

MATRICULA 51022

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SERVIDOR(A)

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/11/201 10:12	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	SINCOPE + DOR EM REGIAO DA COLUNA	AMARELO	FRANCISCA VÂNIA MOURA DE FREITAS

EXAME

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

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

FICHA DE ATENDIMENTOIDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 701008854150994 Admissão: 02/11/2019 10:07
Nome: MARIA CLEUMA DE SOUSA
Pront.: 5642655 Data Nasc.: 30/04/1971 Idade: 48 ano(s) 8 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 98827-4225
Mãe: LUCIMAR DA SILVA DE SOUSA
Sexo: Feminino RG: 90015017341 Município: FORTALEZA
CEP 60833-252 Bairro: SAPIRANGA
Endereço: RUA EUCLIDES ONOFRE DE SOUZA

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	Horário:
------------	----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ ÓbitoSERVIÇO DE PROTOCOLO - INE
RAE TIRADA

PELO SISTEMA E-SUS

DATA 09 / 01 / 2020

MATRICULA 51072


SERVIDORA

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** MARIA CLEUMA DE SOUSA**Idade:** 48 ano(s) 7 mes(es) e 19 dia(s)**Sexo:** Feminino**Pront.:** 5642655**Endereço:** RUA EUCLIDES ONOFRE DE SOUZA**Bairro:** SAPIRANGA**Num:** 2060**CEP:** 60833-252**UF:** CEARÁ**Cidade:** FORTALEZA**Localização****Clinica:** UNIDADE 19(Cirurgia Enfermaria: 194**Leito:** 1930**Internação** 12/11/2019

13:22

Alta: * Não Informado * * Não Informado**Relatório****Tipo de Saída:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDA A ENXERTO EM MID NO DIA 17/11. APRESENTA AREA DOADORA COM BOA CICATRIZAÇÃO. FOI ORIENTADA ABERTURA DE CURATIVO APOS UMA SEMANA PELO DR VALBERTO.

Exames Realizados**Terapêutica Utilizada****Sequelas Apresentadas****Diagnóstico**

N80 - ENDOMETRIOSE

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	N80	ENDOMETRIOSE
Não	S423	FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS
Não	L998	OUTRAS AFECCOES ESPECIFICADAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO EM DOENCA CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 19/12/2019**Observações Complementares**

1. ORIENTO RETORNO DIA 23/12 AO AMBULATORIO DR VALBERTO
2. TROCAR CURATIVO APENAS NO RETORNO
3. ORIENTO SEGUIR PRESCRIÇÃO

Responsável**Médico:** VICTOR BARBOSA DE PAULA**Data:** 19/12/2019**CIRURGIA**

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0401020037	Procedimento Eletivo	16/12/2019 12:30	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	VALBERTO BARBOSA PORTO FILHO

Paciente: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Idade: 48 ano(s) 7 mes(es) e 19 dia(s)

Sexo: Feminino

Pront.: 5642655

Endereço: RUA EUCLIDES ONOFRE DE SOUZA

Bairro: SAPIRANGA

Num: 2060

CEP: 60833-252

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 19(Cirurgia Enfermaria: 194

Leito: 1930

Internação 12/11/2019

13:22

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código


Dr. Luciana Barreto Russo
Médica
CREMEC 19017



RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Maria Cleuma de Sousa

Atestado médico

Atesto para devidos fins que a
paciente supracitada, vítima
de acidente de moto encontra-se
internada no IIF há 8 dias, devido
infecção e necrose em suturas
da região posterior do MMID. Realizar
desbridamento cirúrgico, mobilidade
reduzida.

Data:

20/11/2019

Dr. Gabriel Prado
MÉDICO
CRM 100.000

Ass./Carimbo do Médico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO NAÇÃO CARBOSA DE SOUSA



Polegar Direito



Martins. Olan mo de Sousa

CARTILHA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 90015017341

DATA DE
EXPEDIÇÃO 09/02/2009

NOME

MARIA CLEUMA DE SOUSA

FILIAÇÃO

JOSÉ FARIAS DE SOUSA

LUCIMAR DA SILVA DE SOUSA

NATURALIDADE

GUARACIABA DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO

30/04/1971

DOC ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 902 FOLHA: 180
LIVRO: A-02 GUARACIABA DO NORTE - CE

CPF

2 VIA

Lucimar
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

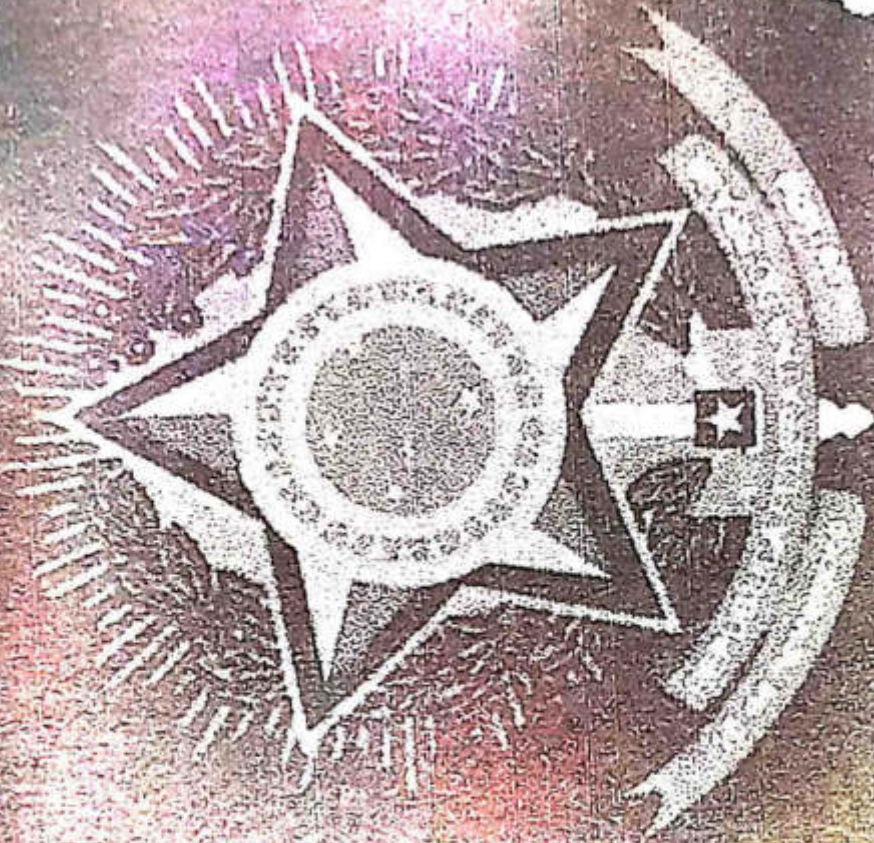
431.249.173-91

Nome

MARIA CLEUMA DE SOUSA

Nascimento

30/04/1971



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200446067

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Data do acidente: 02/11/2019

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do úmero direito. Laceração no terço inferior na face posterior da perna direita com perda de substância.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 170°, extensão aos 40°, abdução aos 160°, adução aos 35°, rotação medial aos 80°, rotação lateral aos 60°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 130°, extensão aos 0°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, em grau residual. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periculado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado sutura da lesão no membro inferior, evoluiu com necrose tecidual sendo realizado desbridamento cirúrgico. Tratamento conservador com imobilização em membro superior direito. Realizou fisioterapia, com alta definitiva em dezembro de 2020

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado. Limitação funcional do membro superior direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: Com base no laudo preenchido pelo examinador, o revisor optou por aumentar a graduação para 25% do membro superior direito.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

**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: 3200446067

Nome do(a) Examinado(a): MARIA CLEUMA DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Euclides Onofre Sousa, 2060, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 90015017341

Data e local do acidente: 02/11/2019 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 23/12/2020 - Fortaleza/CE

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

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da diáfise do úmero direito. Laceração no terço inferior na face posterior da perna direita com perda de substância.

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

Realizado sutura da lesão no membro inferior, evoluiu com necrose tecidual sendo realizado desbridamento cirúrgico. Tratamento conservador com imobilização em membro superior direito. Realizou fisioterapia, com alta definitiva em dezembro de 2020

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

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 170°, extensão aos 40°, abdução aos 160°, adução aos 35°, rotação medial aos 80°, rotação lateral aos 60°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 130°, extensão aos 0°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, em grau residual. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

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

Diminuição da força de sustentação do membro superior direito associado à perda parcial da mobilidade do ombro e do cotovelo. Bloqueio do arco de movimento do tornozelo direito.

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 seqüela 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 Direito - Residual - 10%

Membro Superior Direito - Residual - 10%

Tornozelo Direito - Médio - 50%

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



Dr Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355930/20

Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Data do acidente: 02/11/2019

CPF: 431.249.173-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA CLEUMA DE SOUSA : 431.249.173-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2020
Nome: MARIA CLEUMA DE SOUSA
CPF: 431.249.173-91

MARIA CLEUMA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2020
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355930/20

Número do Sinistro: 3200446067

Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

CPF: 431.249.173-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/12/2020
Nome: MARIA CLEUMA DE SOUSA
CPF: 431.249.173-91

MARIA CLEUMA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200446067

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Data do acidente: 02/11/2019

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do úmero direito. Laceração no terço inferior na face posterior da perna direita com perda de substância.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 170°, extensão aos 40°, abdução aos 160°, adução aos 35°, rotação medial aos 80°, rotação lateral aos 60°, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do cotovelo direito apresenta flexão aos 130°, extensão aos 0°, pronação aos 60°, supinação aos 60°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, em grau residual. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periculado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado sutura da lesão no membro inferior, evoluiu com necrose tecidual sendo realizado desbridamento cirúrgico. Tratamento conservador com imobilização em membro superior direito. Realizou fisioterapia, com alta definitiva em dezembro de 2020

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado. Limitação funcional do membro superior direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: Com base no laudo preenchido pelo examinador, o revisor optou por aumentar a graduação para 25% do membro superior direito.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200446067 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PG 1 - ANEXO 1)
FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO (PG 1/3 - ANEXO 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1 - ANEXO 1
@PG 1 - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200446067 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PG 1 - ANEXO 1)
FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO (PG 1/3 - ANEXO 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1 - ANEXO 1
@PG 1 - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355930/20

Vítima: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Data do acidente: 02/11/2019

CPF: 431.249.173-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA CLEUMA DE SOUSA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA CLEUMA DE SOUSA : 431.249.173-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2020
Nome: MARIA CLEUMA DE SOUSA
CPF: 431.249.173-91

MARIA CLEUMA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2020
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS