



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo: 02290553520218060001
Classe do Processo: Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora: 29/06/2023 16:20:06

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2808749_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-3.pdf
Documentação: 2808749_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed - 1-13.pdf
Documentação: 2808749_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed - 14-21.pdf
Documentação: 2808749_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02_compressed - 22-31.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA/CE

Processo: 02290553520218060001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EZEQUIEL LIMA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 5.062,50 (CINCO MIL E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FORTALEZA, 28 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA 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. 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, 10 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 21 de Março de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210032089** **Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA**

Data do Acidente: 20/09/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA 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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000099517742-2

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.

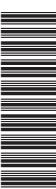
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 05 de Abril de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210032089** **Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA**

Data do Acidente: 20/09/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/04/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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:

629 277 653 95

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:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

629 277 653 - 95

9 - Número:

3867

10 - Complemento:

Costa

11 - Bairro:

alto da serra

12 - Cidade:

monaúmir

13 - Estado:

Ce

14 - CEP:

60875 - 315

15 - E-mail:

08598739 8737

16 - Tel. (DDD):

08598739 8737

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
 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:

Brusil

AGÊNCIA:

2879

7

CONTA:

50212

X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

 Sim

 Não

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim

 Não

nascituro (vai nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima

teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

pais/avós vivos?

Estou ciente

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

34

 Impressão
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 não alfabetizado

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

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

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

 38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *FORTEZA CE* 26/01/2021

 + *EZEQUIEL LIMA DA SILVA*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 3841 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/12/2020 14:04:48**
Data / Hora da Ocorrência: **20/09/2020 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R SAN DIEGO, PQ GUADALAJARA - JUREMA CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **EZEQUIEL LIMA DA SILVA**
Nascimento: **29/09/2001** CPF: **629.777.653-95**
RG: **20090404569** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCILEIDE LIMA DA SILVA**
ABIÚDE ALVES DA SILVA
Endereço: **RUA HELENO DE FREITAS, 1867**
Bairro: **ALTO ALEGRE II** CEP:
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUY3338** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **900956437** Tipo do Veículo:
9C2MC35007R000128 Renavam: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano:
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **RAIMUNDO RODRIGUES DUARTE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o declarante que no dia, hora e local acima citados seguia pilotando a motocicleta acima descrita, quando outro veículo, tipo carro, não identificado, avançou a via preferencial, onde o declarante estava trafegando; QUE nessa hora o declarante perdeu o controle da motocicleta, após colidir com aquele veículo, vindo a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido por meios próprios ao Hospital Frotinha de Antonio Bezerra, em Fortaleza/CE, onde foi atendido, bem com onde foi submetido a procedimento cirúrgico que amputou dedos de seu pé esquerdo. Nada mais disse.
//////////

//////// O declarante fica ciente que provocar a ação de Autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção, que sabe não se ter verificado, é crime previsto no art. 340 do Código Penal, com pena de detenção, de um a seis meses, ou multa. ///////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020982694



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 3841 / 2020

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

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:

629 277 653 95

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:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

629 277 653 - 95

9 - Número:

3867

10 - Complemento:

Costa

11 - Bairro:

alto da serra

12 - Cidade:

monaúmir

13 - Estado:

Ce

14 - CEP:

60875 - 315

15 - E-mail:

08598739 8737

16 - Tel. (DDD):

08598739 8737

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
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brusil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

28 - Vítima teve filhos, informar

 Sim Não

teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

 Sim Não

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

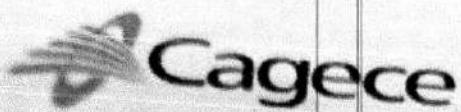
CLIENTE: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000099517742-2

Nr. da Autenticação C09F20D704E0AF95



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA AURILENE LEITE DA SILVA
RUA HELENO DE FREITAS, 1867, ALTO ALEGRE
MARACANAÚ - CEP: 60875-315

Codificacao: 146.072.0008.0120.0000.00.00
Padrao do imovel: BASICO

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000

00

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual
ÁGUA	A19N741672	88	97

DATAS

Leitura atual: 22/01/2021

Emissao: 22/01/2021

Leitura anterior: 22/12/2020

Proxima leitura: 20/02/

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A 11/2020

No de amostras Exigidas	Cloro	Turbidez	Cor	Califormes
Analisadas	133	133	042	133
Em conformidade	148	148	148	148
	148	146	147	144

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

Valor (R\$)

28,30

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

— 1 —

presso por MARIA HELENA em 20/09/2020 às 17:05:09

claro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA HELENA em 20/09/2020 às 17:05:09
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

4. *What is the relationship between the two main characters?*

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

pp
Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenadora do SAME - HCPM

José Marcelo Vidal Puerto
Medico - Traumaxicog. sta.
CREMEO: 6590



Internação
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital Distrital Evandro Ayres De Moura Antônio Bezerra CNES: 2516683

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: CNES:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: EZEQUIEL LIMA DA SILVA PRONTUARIO 264214

NUM. RESERVA SOLICITACAO NUM. AIH RAB: SPA

CARTAO NACIONAL DE SAUDE: 7008069 9002 1087 NASC: 29/09/2001 SEXO: M RACA/COR: PARDO

NOME MAE: MARIA LUCILEIDE LIMA DA SILVA CONTATO: (85)99801-9939

NOME RESP.: PRIMO-JORDAN CONTATO: NI

ENDERECO: Rua Heleno de Freitas 1867 Alto Alegre II CONTATO: NI

MUNICIPIO: Maracanaú COD. IBGE: UF: CE CEP: 61.921-380

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

*Trunner antepé deformidade de antepé (R) e expostos a este s-
Dyp.*

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO:

necessita trat. cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

anamnesis + exame + Rx

DIAGNOSTICO OFICIAL: CID 10 PRINCIPAL: CID 10 SECUNDARIO: CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

fratura exposta antepé (R)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: CODIGO DO PROCEDIMENTO:

CLINICA:	CARATER DA INTERNACAO:	DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF	No. DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		DATA SOLICITACAO:		ASSINATURA: <i>José Antônio Vidal Porto</i>
				<i>Mat. 45032 - CRMF/CE 6590</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO	CNPJ DA SEGURADORA:	No. DO BILHETE:	SERIE:
<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TIPICO	CNPJ DA EMPRESA:	CNAE DA EMPRESA:	CBOR:
<input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

VINCULO COM A PREVIDENCIA:

EMPREGADO EMPREGADOR AUTONOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NAO SEGURADO

AUTORIZACAO

DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNES <input type="checkbox"/> CPF	No. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Mat. 45032 - CRMF/CE</i>	DATA SOLICITACAO: 20-09-2020 17:09:00
DATA DA AUTORIZACAO: <i>Coordenador do SPNE - HPAE</i>	ASSINATURA E CARIMBO (No. REGISTRO CONSELHO):	No. DA AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR: <i>160000855590</i>



DESCRÍÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: EZEQUIEL LIMA DA SILVA		Pront: 264214
DATA DA CIRURGIA: 01/10/2020		UNIDADE:
CIRURGIÃO: DR. GLAUTER CARLOS FÉLIX		1º AUX.: DR. NELSON MATIAS
AUX. CIRCULANTE:		2º AUX.:
ANESTESISTA: DR. RAIMUNDO SIMEÃO		AUX. INSTRUMENTADORA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: NECROSE DE ANTEPÉ ESQ		TIPO DE ANESTÉSICA:
TIPO DE CIRURGIA:		AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO PÉ e TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		3.07.29.01-7 OSTEOMIELITE 3.07.29.03-3
O mesmo		
EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO:		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:		
DESCRÍÇÃO		
ACHADOS: VERIFICADO NECROSE DE ANTEPÉ INCLUINDO 4º E 5º PODODÁCTILOS, TECIDOS DESVITALIZADOS EM ANTEPÉ, E EXPOSIÇÃO E NECROSE DE TENDÕES EXTENSORES E FRATURA DE 4º E 5º METATARSOS DO PÉ ESQ		
1) PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO		
2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS		
3) VERIFICADO TECIDOS DESVITALIZADOS AO NÍVEL DO ANTEPÉ, REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO COM REMOÇÃO DE TECIDOS DESVITALIZADOS EM ANTEPÉ		
4) AMPUTAÇÃO DE 4º E 5º PODODÁCTILOS		
5) CURETAGEM ÓSSEA + CRUENTIZAÇÃO DO FOCO		
6) LAVAGEM EXAUSTIVA COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA		
7) REALIZADO TENODESE FLEXOR-EXTENSOR + PREPARAÇÃO DE COXIM DE PARTES MOLES		
8) APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA		
9) CURATIVO ESTÉRIL		
10) ENCAMINHADO À SR em BEG		

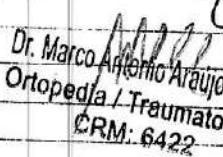
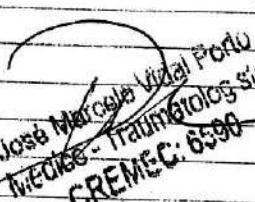
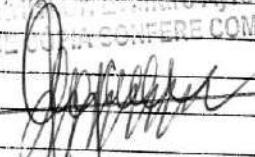
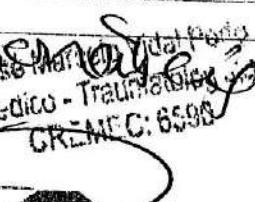
Hospital Distrital Dr. Evandro Araújo de Moura
 ATESTO QUE O PAPÉ CONFERE COM ORIGINAL
 M. Glauter Carlos F. de Moura
 Mat. 45632
 Coordenador do SAMU - HDEM

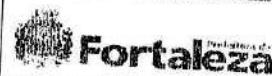
Dr. GLAUTER CARLOS FÉLIX
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 14059 / SBOT 15.454

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

Relatório de Internação							
PRONTUÁRIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO		
DIAGNÓSTICO				OBSERVAÇÕES			
DATA		EVOLUÇÃO					
20/09/20		bifurcado c/ furt expostos					
18/10/20		Anel pé (R)					
G.A tipo II							
Ctj antiinflamat		encerramento p/ G. clinífico					
27/10/20		paciente operado p/ internação					
01/11/20		reabilitação					
21/10/20		paciente des. entrada na unidade de internação. Agt procedimento cirúrgico. Negar queixas e alterações					
segue as medidas da equipe.							
21/10/20		1º P.O					
Exág. de genitais e anel		excluído					
22/10/20		exág. de genitais e anel					
23/10/20		exág. de genitais e anel					
24/10/20		exág. de genitais e anel					
25/10/20		exág. de genitais e anel					
26/10/20		exág. de genitais e anel					
27/10/20		exág. de genitais e anel					
28/10/20		exág. de genitais e anel					
29/10/20		exág. de genitais e anel					
30/10/20		exág. de genitais e anel					
31/10/20		exág. de genitais e anel					
01/11/20		exág. de genitais e anel					
02/11/20		exág. de genitais e anel					
03/11/20		exág. de genitais e anel					
04/11/20		exág. de genitais e anel					
05/11/20		exág. de genitais e anel					
06/11/20		exág. de genitais e anel					
07/11/20		exág. de genitais e anel					
08/11/20		exág. de genitais e anel					
09/11/20		exág. de genitais e anel					
10/11/20		exág. de genitais e anel					
11/11/20		exág. de genitais e anel					
12/11/20		exág. de genitais e anel					
13/11/20		exág. de genitais e anel					
14/11/20		exág. de genitais e anel					
15/11/20		exág. de genitais e anel					
16/11/20		exág. de genitais e anel					
17/11/20		exág. de genitais e anel					
18/11/20		exág. de genitais e anel					
19/11/20		exág. de genitais e anel					
20/11/20		exág. de genitais e anel					
21/11/20		exág. de genitais e anel					
22/11/20		exág. de genitais e anel					
23/11/20		exág. de genitais e anel					
24/11/20		exág. de genitais e anel					
25/11/20		exág. de genitais e anel					
26/11/20		exág. de genitais e anel					
27/11/20		exág. de genitais e anel					
28/11/20		exág. de genitais e anel					
29/11/20		exág. de genitais e anel					
30/11/20		exág. de genitais e anel					
31/11/20		exág. de genitais e anel					
01/12/20		exág. de genitais e anel					
02/12/20		exág. de genitais e anel					
03/12/20		exág. de genitais e anel					
04/12/20		exág. de genitais e anel					
05/12/20		exág. de genitais e anel					
06/12/20		exág. de genitais e anel					
07/12/20		exág. de genitais e anel					
08/12/20		exág. de genitais e anel					
09/12/20		exág. de genitais e anel					
10/12/20		exág. de genitais e anel					
11/12/20		exág. de genitais e anel					
12/12/20		exág. de genitais e anel					
13/12/20		exág. de genitais e anel					
14/12/20		exág. de genitais e anel					
15/12/20		exág. de genitais e anel					
16/12/20		exág. de genitais e anel					
17/12/20		exág. de genitais e anel					
18/12/20		exág. de genitais e anel					
19/12/20		exág. de genitais e anel					
20/12/20		exág. de genitais e anel					
21/12/20		exág. de genitais e anel					
22/12/20		exág. de genitais e anel					
23/12/20		exág. de genitais e anel					
24/12/20		exág. de genitais e anel					
25/12/20		exág. de genitais e anel					
26/12/20		exág. de genitais e anel					
27/12/20		exág. de genitais e anel					
28/12/20		exág. de genitais e anel					
29/12/20		exág. de genitais e anel					
30/12/20		exág. de genitais e anel					
31/12/20		exág. de genitais e anel					
01/01/21		exág. de genitais e anel					
02/01/21		exág. de genitais e anel					
03/01/21		exág. de genitais e anel					
04/01/21		exág. de genitais e anel					
05/01/21		exág. de genitais e anel					
06/01/21		exág. de genitais e anel					
07/01/21		exág. de genitais e anel					
08/01/21		exág. de genitais e anel					
09/01/21		exág. de genitais e anel					
10/01/21		exág. de genitais e anel					
11/01/21		exág. de genitais e anel					
12/01/21		exág. de genitais e anel					
13/01/21		exág. de genitais e anel					
14/01/21		exág. de genitais e anel					
15/01/21		exág. de genitais e anel					
16/01/21		exág. de genitais e anel					
17/01/21		exág. de genitais e anel					
18/01/21		exág. de genitais e anel					
19/01/21		exág. de genitais e anel					
20/01/21		exág. de genitais e anel					
21/01/21		exág. de genitais e anel					
22/01/21		exág. de genitais e anel					
23/01/21		exág. de genitais e anel					
24/01/21		exág. de genitais e anel					
25/01/21		exág. de genitais e anel					
26/01/21		exág. de genitais e anel					
27/01/21		exág. de genitais e anel					
28/01/21		exág. de genitais e anel					
29/01/21		exág. de genitais e anel					
30/01/21		exág. de genitais e anel					
31/01/21		exág. de genitais e anel					
01/02/21		exág. de genitais e anel					
02/02/21		exág. de genitais e anel					
03/02/21		exág. de genitais e anel					
04/02/21		exág. de genitais e anel					
05/02/21		exág. de genitais e anel					
06/02/21		exág. de genitais e anel					
07/02/21		exág. de genitais e anel					
08/02/21		exág. de genitais e anel					
09/02/21		exág. de genitais e anel					
10/02/21		exág. de genitais e anel					
11/02/21		exág. de genitais e anel					
12/02/21		exág. de genitais e anel					
13/02/21		exág. de genitais e anel					
14/02/21		exág. de genitais e anel					
15/02/21		exág. de genitais e anel					
16/02/21		exág. de genitais e anel					
17/02/21		exág. de genitais e anel					
18/02/21		exág. de genitais e anel					
19/02/21		exág. de genitais e anel					
20/02/21		exág. de genitais e anel					
21/02/21		exág. de genitais e anel					
22/02/21		exág. de genitais e anel					
23/02/21		exág. de genitais e anel					
24/02/21		exág. de genitais e anel					
25/02/21		exág. de genitais e anel					
26/02/21		exág. de genitais e anel					
27/02/21		exág. de genitais e anel					
28/02/21		exág. de genitais e anel					

FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME					
PRONTUÁRIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO
DIAGNÓSTICO			OBSERVAÇÕES		
DATA	EVOLUÇÃO				
20/09/20	Suturado c/ sut exp/ste				
20/09/20	Anelépe (R)				
18/10/20	G.A tipo II				
	Ct+ Ant. Inf. 74 encerrado p/ C. Clínico				
27/10/2020	paciente operado, internado para comissão				
21/10/2020	paciente deu entrada na unidade de internação. 45632 após procedimento cirúrgico. Não seixos e drenos serão removidos da unidade da unidade.				
21/10/2020	1º P.O. Evolui bem e regular				
 Dr. Marco Antônio Araújo Costa Ortopedia / Traumatologia CRM: 6422					
 Marcia Ramos					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 Marcia Ramos					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
 Antônio Bezerra					
 José Marcelo Vital Portu Médico - Traumatologista CRM: 6500					
<img alt="Signature of Dr. Antônio Bezerra" data-bbox="720 1000 880					



PREFECTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVAUDRO AYRES DE MOURA



DESCRICAO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:	Eduardo Lima da Silva	
DATA DA CIRURGIA:	20/03/2013	UNIDADE:
CIRURGIÃO:	Dr. Francisco Batista	LEITO:
AUX. CIRCULANTE:	1º AUX.:	
ANESTESISTA:	Dr. Edson	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fixação exposta, frouxa, per	
TIPO DE CIRURGIA:	Sutura	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	Sutura	

EXAMES DURANTE ATO CIRURGICO - 2

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA *hormônios*

DISCRICAO

DESCRICA
Anticardíaco + Aperitivo com pão
Lançamento de SF 16,2%
Reduzido a 1000 mg de cada dia
e fixado a 200 mg duas vezes 1,0 hora
sob监督 de seu
farmacêutico
Início de p.m.
Início de p.m.
Total grande

Dr. Marco Antonio Araujo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 6422

Hospital Distrital Dr. Antônio Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CORRESPONDE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



**HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra**

FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATO CIRÚRGICO

Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Pront. N°: 264214

Indicação cirúrgica: OSTEOMIELITE DE PE + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE

Cirurgia realizada: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE PE + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE

Cirurgião: DR. EDILMAR LESSA

Auxiliar: DR. DEGINALDO HOLANDA

Anestesista: DR. TAYALLIS

Data da cirurgia: 28/09/2020

Descrição médica

1. **PACIENTE DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA**
2. **ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS**
3. **REALIZADO RETIRADA DE FIOS DE K DO 4º PDD DO PE ESQUERDO**
3. **INCISÃO NO PÉ E REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE**
4. **VISUALIZAÇÃO DO 4º PODODÁCTILO SEM VIABILIDADE**
6. **REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + LAVAGEM ABUNDANTE**
7. **AGUARDA DELIMITAÇÃO DE NECROSE DO 5º PODODÁCTILO PARA POSTERIOR PROGRAMAÇÃO DE AMPUTAÇÃO**
8. **CURATIVO**

**OSTEOMIELITE DO PÉ – 30729033 (3C)
RETIRADA DE FIO – 30710022 (3B)**

*Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 - RQE 8123*

Assinatura do(s) executante (s):

Hora do início: _____ : _____

Hora do término: _____ : _____

*Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE O PÁRÁFOO CONFERE COM ORIGINAL*

Marcia Ramos

Mat. 45632

Coordenadora do SAME - HDEAM



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura Frotinha de Antônio Bezerra

NAME: EZEQUIEL LIMA DA SILVA



Prefeitura de
Fortaleza

TRAUMATOLOGIA DATA:03/10/2022

111



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

EVOLUÇÃO

NOME:	EZEQUIEL LIMA DA SILVA	PRONT. N°:		
UNIDADE:		LEITO: 111 ENF.		
DATA/HORA		Evolução		
28/09/2020				
PACIENTE OPERADO	<p>PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO PÉ ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.</p> <p>CD: À SR. VPM.</p> <p><i>Leiliane Abreu Brito</i></p>			
28.09.20	<p>ptx admitido, vindos da SO, no dia 28/09/2020, com diagnóstico de osteomielite do pé esquerdo.</p> <p>Leiliane Abreu Brito Coren-CE 363.830</p>			
17.10.	<p>ptx encaminhado ao L. 111, às 17.10h Leiliane Abreu Brito Coren-CE 363.830 - ENF</p>			
03/10/20	<p>Paciente recebeu alta hospitalar.</p> <p><i>Leiliane Abreu Brito</i></p>			
<p><i>Leiliane Abreu Brito</i></p> <p>Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura</p> <p>ATESTO QUE SOU COORDENADORA DO SAMU - HDEAM</p>				
<p><i>Marcia Ramos</i></p> <p>Mat. 45632</p> <p>Coordenadora do SAMU - HDEAM</p>				

PACIENTE Engenheiro Júnior da Silva

PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
15471			101

INÍCIO DE TRATAMENTO	DATA DA ALTA	DATA DE RETORNO	MÉDICO PARA RETORNO
20/09/20	03/10/20	21/10/20	Dr. Manoel Vida Porto c/s P.R.

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Thierry antepôs que desprendeu com expulsão
coroa de dentes extense de palte, mal

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: fratura exposta onda p/ exp.
ACESSÓRIO: neurite
ACESSÓRIO 2: es. p. exp.

EXAMES ESPECIALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

limpeza cirúrgica
ATB oral 1.º dia 1.º venoso
Amputação

TERAPÊUTICA APÓS ALTA

cicatrizante
anel
ATB oral

CONDIÇÕES DA ALTA: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA 03/10/20

Jose Manoel Vida Porto
Médico Traumatologista
CREMEC: 6590

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

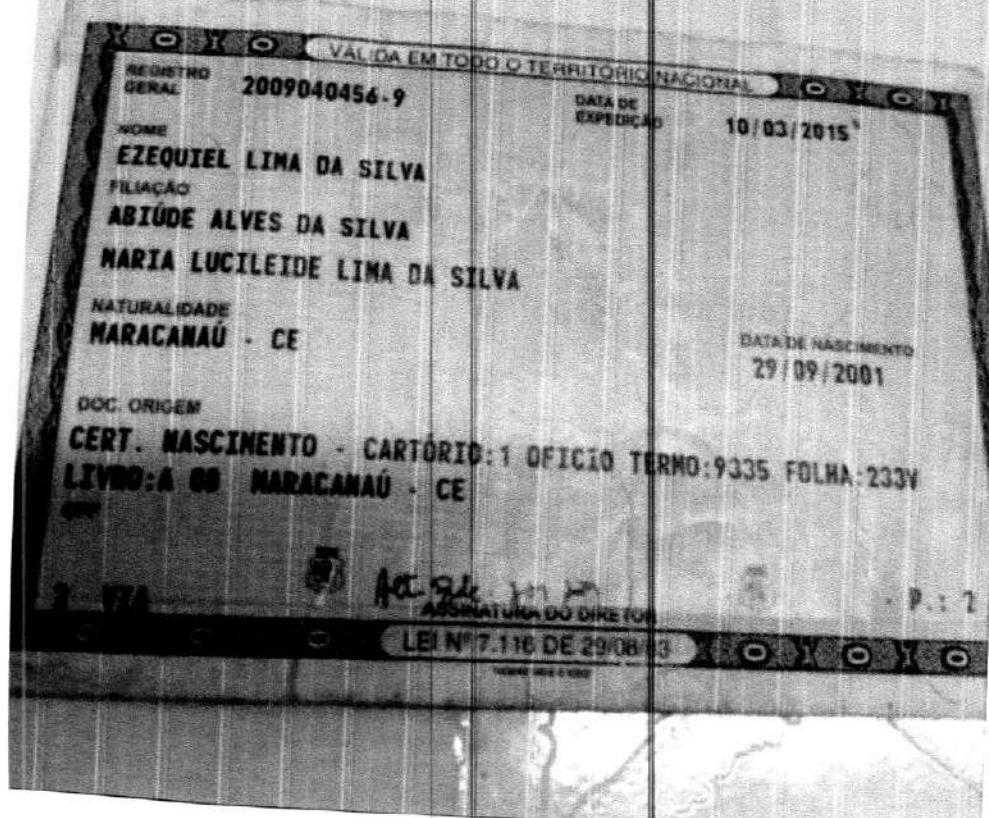
Relatório de Alta

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos

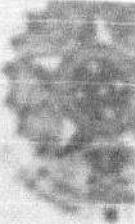
Mat. 45632

Coordenador do SAME - HDEAM





**Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número
629.777.653-95**

**Nome
EZEQUIEL LIMA DA SILVA**

**Nascimento
29/09/2001 .**



DEPARTAMENTO
ESTADUAL DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULOS
Nº 81492865B502

CE № 014929658902

102

01-00056133 00000000 2019

RATIFICO RODRIGUES DUARTE
PRESIDENTE DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
POR ALGUNS DIAZ

32941231337
HUY3338
SC21C35007R000128

MAHARAKA CONSULTANT
CONSULTANT

23/24CV/249CC		PARTIC	PRETA
1	CHAMACA	EM COXA INDIA	EM COXA
P	*****	*****	*****

PREMIO MAIOR (R\$ 100.000,00)	PREMIO TOTAL (R\$ 100.000,00)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	10.32	84.58

OBSERVAÇÃO	
<p>FORTALEZA</p> <p>10/10/2019</p>	
	
DATA	10/10/2019

SEGUNDO OBLIGACION DE DANOS A PERSONAS, DAÑOS A MATERIALES, DANOS A AUTOMOVILES, DANOS A MUEBLES, ESTRE, DANO DE UN CARGA, APRESOS, TRANSPORTADAS QUEDA SEGURO DPVAT.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 629.777.653-95	4 - Nome completo da vítima: EZEQUIEL LIMA 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: EZEQUIEL LIMA DA SILVA			6 - CPF: 629.777.653-95
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA HELENO DE FREITAS	9 - Número: 1867	10 - Complemento:
11 - Bairro: ALTO ALEGRE	12 - Cidade: MARACANAÚ	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60875-315
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 98739 8737		

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: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 </div>		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: NUBANK
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 0001 CONTA: 99517742 2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha		

40 - Local e Data, **FORTALEZA, 11 DE MARÇO DE 2021**

EZEQUIEL LIMA 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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210032089 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NECROSE DE ANTEPÉ INCLUINDO 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDO.
FRATURA DE 4º E 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDO, TENODESE FLEXOR EXTENSOR). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

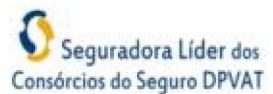
Observações: NÃO FOI POSSÍVEL FAZER CONTATO COM VÍTIMA PARA MARCAÇÃO DE PERÍCIA.

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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EZEQUIEL LIMA DA SILVA : 629.777.653-95

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: 27/01/2021
Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA
CPF: 629.777.653-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3210032089 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EZEQUIEL LIMA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF/CNPJ: 62977765395

Posição em 08-03-2021 09:31:23

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

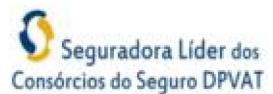
Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------

09/03/2021	R\$ 5.062,50	R\$ 236,21	R\$ 5.298,71
------------	--------------	------------	--------------

EN EXECUÇÃO LIMITE DA SILVA PAGADOR DO
CPF 629.777-653-95 E SINISTRO 3210032089
PEÇO QUE A SEGURO DORA FAÇA MEU DEPOSITO
NO VOLON N° 236,21 REFERENTE O JURO
POIS A SEGURO DORA SO ENVIOU NO MINHA
CONTA 5.062,50 CONFORME ENVIADO OS
COMPROVANTES EM ANEXO A CARTA
O PUNHO.

88 mg

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Número do Sinistro: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do acidente: 20/09/2020

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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: 24/03/2021
Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA
CPF: 629.777.653-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2021
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Número do Sinistro: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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: 24/03/2021
Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA
CPF: 629.777.653-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2021
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EZEQUIEL LIMA DA SILVA : 629.777.653-95

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: 27/01/2021
Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA
CPF: 629.777.653-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS