

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320030780701

VALOR TOTAL:

1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00752

CONTA: 000000011819

Número da Autenticação

B2D0EFC09804D0D8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200307807

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2020

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória aparente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna apontando alterações, apresenta prejuízo do campo de visão. Apresenta na região observada sinais inflamatórios inexistentes.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico, conforme documentos de pronto atendimento de 20/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura cranio facial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Lesão de órgãos e de estruturas cranio faciais, em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/09/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

**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: 3200307807

Nome do(a) Examinado(a): EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): DISTRITO DE CODIA, , Senador Pompeu/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20071852756

Data e local do acidente: 20/05/2020 - Senador Pompeu/CE

Data e local do exame: 18/09/2020 - Senador Pompeu/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -5.58738 , longitude: -39.37318

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do assoalho do orbital e traumatismo raio encefálico.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes na estrutura cranio facial após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória aparente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna apontando alterações, apresenta prejuízo do campo de visão. Apresenta na região observada sinais inflamatórios inexistentes.

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

Sim

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

Sim

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

Lesão de órgãos e de estruturas cranio faciais, em grau residual.

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

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Estrutura Crânio Facial - Residual - 10%

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



Dr. Fernando Augusto S. Vieira
CREMEC - 12721
MÉDICO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200307807

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2020

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal. Ao exame físico da face apresenta cicatriz operatória aparente, função vital e ou autonômica normal, inspeção externa apontando alterações, inspeção interna apontando alterações, apresenta prejuízo do campo de visão. Apresenta na região observada sinais inflamatórios inexistentes.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do assoalho do orbital e traumatismo cranio encefálico, conforme documentos de pronto atendimento de 20/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura cranio facial. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Lesão de órgãos e de estruturas cranio faciais, em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/09/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700801917104488 Admissão: 21/05/2020 03:04
 Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA
 Pront.: 5667872 Data Nasc.: 23/04/1991 Idade: 29 ano(s) 2 mes(es) e 1 dia(s) Tel.: 88 98168-6019
 Mãe: ANA MEYRE FERREIRA DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: 20071852756 Município: SENADOR POMPEU
 CEP 63603-000 Bairro: CODIA
 Endereço: SITIO POCO GRANDE

Cartão Nacional de Saúde
 Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA
 Pront.: 5667872

EXAME

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

EVOLUÇÃO

| Data Cadastro | Usuário Cadastro | Descrição |
|------------------|-----------------------------|--|
| 21/05/2020 09:56 | DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR | <p>#### OFTALMOLOGIA ####</p> <p>PACIENTE, 29 ANOS DE IDADE, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA.</p> <p>HD. trauma de face e região periorbitaria esquerda, apresentando ferida lacero contusa de palpebra superior esq.</p> <p>AO EXAME - AV- PRESERVADA EM AO, GLOBOS OCULARES INTEGROS, HIPEREMIA CONJUNTIVAL EM OE, HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL EM OE, AUSÊNCIA DE LESOES OCULARES, PRESENÇA DE LESAO DE PALPEBRA EM OE.</p> <p>CD- VIGADEXA COLIRIO</p> <p>PARECER DA CIRURGIA PLASTICA.</p> |

PRESCRIÇÃO

Médico JAIR ALVES PEREIRA NETO

CRM 15517 21/05/20 03:22

| Prescrição | Horário: |
|---|----------|
| TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H | |
| CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H | |
| BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS | |
| Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR>SOLUCAO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; /AZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA | |
| DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA | |



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA
 Idade: 29 ano(s) 1 mes(es) e 0 dia(s) Sexo: Masculino Pront.: 5667872
 Endereço: SITIO POCO GRANDE Bairro: CODIA
 Num: 140 CEP: 63603-000 UF: CEARÁ Cidade: SENADOR POMPEU

Localização
 Clínica: UNIDADE 18(Cirurgia Enfermaria: 180 Leito: 1803
 Admissão Emergência: 21/05/2020 03:04
 Internação 21/05/2020 21:06 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

PACIENTE EM SEU 2º D.P.O. DE RECONSTRUÇÃO E OSTEOSINTESE DE PAREDE MEDIAL E ASSOALHO DE ORBITA E. EVOLUI AFEBRIL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA SUTURAS EM POSIÇÃO, EQUIMOSE EM PÁLPEBRA SUPERIOR ESQ., NÃO AVALIADO MOTILIDADE OCULAR E ACUIDADE VISUAL, DECORRENTE DO EDEMA EM REGIÃO, HIPOSFAGMA EM OE, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO EM OROFARINGE NO MOMENTO DO EXAME.

Exames Realizados

- 1. TC DE FACE PÓS-OPERATÓRIO

Terapêutica Utilizada

- 1. AMOXICILINA
- 2. IBUPROFENO
- 3. DAPIRONA

Sequelas Apresentadas

NDN

Diagnóstico

S023 - FRATURA DO ASSOALHO ORBITAL

DIAGNÓSTICOS

| Principal | Código | Descrição |
|-----------|--------|---------------------------------------|
| Sim | S023 | FRATURA DO ASSOALHO ORBITAL |
| Não | L25 | DERMATITE DE CONTATO NAO ESPECIFICADA |

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 23/05/2020

Observações Complementares

- 1. PACIENTE ORIENTADO QUANTO AOS CUIDADOS DOMICILIARES, PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA.
- 2. RETORNO DIA 28/05/2020 ÀS 08:30 COM DRA. LUISA + REAVALIAÇÃO COM DR. DANTON (OFTALMO) NA MESMA DATA

Responsável

Médico: FRANCISCO DE ASSIS CRESCENCIO VERGETTI

Data: 23/05/2020

Francisco de Assis Crescencio Vergetti
 Cirurgião e Oftalmologista
 Rua Manoel de Araújo
 1111/1112/1113/1114/1115

CIRURGIA

| Cod | Tipo | Data | Descrição |
|------------|----------|------------------|---------------------|
| 0405010176 | Urgência | 21/05/2020 16:00 | SUTURA DE PALPEBRAS |

Professional
 DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR

DR. JOSÉ FROTA



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700801917104488 Admissão: 21/05/2020 03:04
Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA
Pront.: 5667872 Data Nasc.: 23/04/1991 Idade: 29 ano(s) 2 mes(es) e 1 dia(s) Tel.: 88 98168-6019
Mãe: ANA MEYRE FERREIRA DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 20071852756 Município: SENADOR POMPEU
CEP 63603-000 Bairro: CODIA
Endereço: SÍTIO POCO GRANDE

ENCAMINHAMENTO - CONDUÇÃO FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

REGISTRO EFETUADO
Pelo Sistema E-SUS
DATA 24 de 12020
MATRICULA 51072
[Assinatura]
SERVIDOR



AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Eudinaldo Ferreira da Silva RAE/Prontuário: 5667877

Dr. Leiva Roberto

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 20/10/20

HORÁRIO: 08:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- PO de Ortopedia de Fx com E
 - Ecc de emergência em 21/05/20
 - Acamp. em hosp. com a oftalmologista (Dr. Nautan)
 - Revisão com 60 dias.
- OBS: facul. liberada de lerer

Data: 24/10/20

Carlos Wallyson Sciusa
Cirurgião Dentista
CRO/CE 10485
Residente urgência e emergência

Assinatura e Carimbo do Médico

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA

Prescrição: 5667872

USO INTERNO

- 1 IBUPROFENO 600MG - 09 COMP
- 2 DIFENHIDRAMINA 500MG - 08 COMP
- TOMAR 01 COMP DE 09:00H, POR 02 DIAS, SE DOR

Dr. Francisco de Assis Crescencio Vergetti
Curso e Especialidade
Farmácia Hospitalar
R. Santa Helena, 10.415

Data: 23/05/2020

FRANCISCO DE ASSIS CRESCÊNCIO VERGETTI

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA

Prescrição: 5667872

USO INTERNO

- 1 IBUPROFENO 600MG - 09 COMP
- 2 DIFENHIDRAMINA 500MG - 08 COMP
- TOMAR 01 COMP DE 08:00H, POR 02 DIAS, SE DOR

Dr. Francisco de Assis Crescencio Vergetti
Curso e Especialidade
Farmácia Hospitalar
R. Santa Helena, 10.415

Data: 23/05/2020

FRANCISCO DE ASSIS CRESCÊNCIO VERGETTI



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR
Conselho: 4707CRM
Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro
Cidade: Fortaleza

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA
Endereço: SITO POÇO GRANDE, 140, COIÁ, SENADOR POMPEU

PRESCRIÇÃO:
USO OCULAR

01 - VIGADEXA COLÍRIO
USAR 01 GOTAS NO OLHO ESQUERDO DE 3/3 HORAS POR 20 DIAS.

DATA: 21/05/2020

Dr. DANTON C. NOBRE JR.
Médico Oftalmologista
Assimilante Conselho de Medicina

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Ass. Farmacêutico _____
Data: _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: DANTON CORREIA NOBRE JUNIOR
Conselho: 4707CRM
Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro
Cidade: Fortaleza

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: EUDERLANO FERREIRA DA SILVA

PRESCRIÇÃO:
USO OCULAR

01 - VIGADEXA COLÍRIO
USAR 01 GOTAS NO OLHO ESQUERDO DE 3/3 HORAS POR 20 DIAS.

DATA: 21/05/2020

Dr. DANTON C. NOBRE JR.
Médico Oftalmologista
Assimilante Conselho de Medicina

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Ass. Farmacêutico _____
Data: _____



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 5667872
USO OCULAR

01 - LACRIFILM COLÍRIO
USAR NOS OLHOS DE 4A HORAS . USO CONTINUO

Data: 18/06/2020


DR. DANTON C. NOGUEIRA JR.
Médico - Oftalmologista
CRM/CE 4707


RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 5667872
USO OCULAR

01 - LACRIFILM COLÍRIO
USAR NOS OLHOS DE 4A HORAS . USO CONTINUO

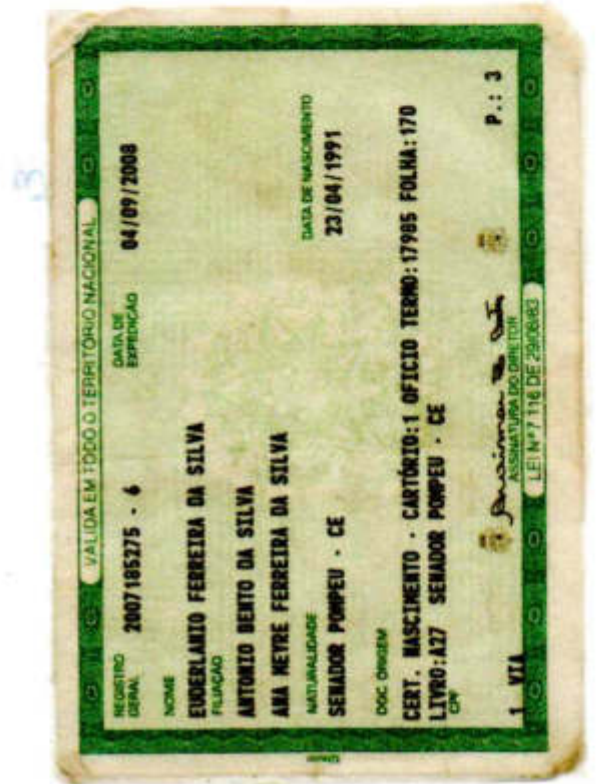
Data: 18/06/2020


DR. DANTON C. NOGUEIRA JR.
Médico - Oftalmologista
CRM/CE 4707



HILFIGER

SENADOR FORMOSA
SENADO FEDERAL
PRIMEIRO DE MAIO
CUIDAR É SAÍDE



ASSOCIAÇÃO

ASSOC. COMUNITARIA DO DISTRITO DE CODIA

INSCRIÇÃO

0026353.5

CLS TAR

PAR TBR R.L.d

ECONOMIAS

COM IND PUB CUT

0 0 0 1

NF/CONTA

200153474

CNPJ

12.463.816/0001-30

EMIÇÃO MES/FAT.

27/07/20

JUL/2020

ANA M. YRE FERREIRA DA SILVA

POÇO GRANDE, S/N

CODIA

SENADOR POMPEU

ENDEREÇO DE ENTREGA

CEARA

CEP: 63.600-000

LOCALIZAÇÃO

03.20.20.0000000000

LOCALIZAÇÃO

| ÚLTIMOS CONSUMOS | | | | SERVIÇOS E TARIFAS | | | |
|------------------|-----|-------|--------|--------------------|----------------------------|--------|-------|
| MES | FAT | CONS. | CCO DC | CÓD | DESCRIÇÃO | PREST. | VALOR |
| JUL/20 | 06 | 000 | 30 | 001 | ÁGUA | | 12,20 |
| JUN/20 | 09 | 000 | 031 | 016 | Multa por Atraso - 03/2020 | | 0,35 |
| MAI/20 | 00 | 000 | 030 | 017 | Encargos (03/2020) 7 dias | | 0,07 |
| ABR/20 | 10 | 000 | 017 | 029 | OPERADOR | | 4,00 |
| MAR/20 | 08 | 001 | 043 | 030 | ENERGIA | | 2,30 |
| FEV/20 | 04 | 000 | 031 | 031 | TAXA ADMINISTRATIVA | | 1,00 |
| JAN/20 | 13 | 000 | 031 | | | | |
| MÉDIA: 00007 | | | | | | | |

| HIDRÔMETRO | INSTALAÇÃO | LEIT. ANT. | DT. LEIT. | LEIT. ATUAL | DT. LEITURA | CONSUMO | DIAS/CONSUMO | CCO | LEITURISTA |
|------------|------------|------------|-----------|-------------|-------------|---------|--------------|-----|------------|
| A18F109389 | 01/07/19 | 00112 | 10/06 | 10118 | 10/07/20 | 00006 | 30 | 000 | 000 |

| PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA | | | | | | | | | |
|--|--------|-----------|--------------|----------|-------|--------------|--|--|--|
| Reservatório: | | | | | | | | | |
| Parâmetro | Cur | pH | Cloro | Turbidez | Escol | Coli. Totais | | | |
| Padrão | de FRM | 8,0 a 9,5 | até 5,0 mg/l | até 5 UT | Aeréa | Aeréa | | | |
| Ótulos | | | | | | | | | |
| Qtd de Amostras | | | | | | | | | |
| Norma 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos | | | | | | | | | |
| período: | | | | | | | | | |

MENSAGENS

Utilize nossos meios de atendimentos
www.sisarquixada.com.br -> 2ª Vias, Consultas de Débitos e Outros.
 (88) 3412-0763 / (88) 9.9982-0208 / (88) 9.9207-2998.
 WhatsApp: (88) 9.9954-4116.

Atendimento em dias úteis, das 8h às 11h30min e das 14h às 17h.

Mantenha suas contas de águas em dia e evite cortes.

MULTA ENCARGOS DIÁRIOS MESES EM DÉBITO
 2% 0,40 0,003% 0,01

VENCIMENTO **10/08/2020** **VALOR R\$** **19,92**

CONSUMIDOR



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2020493957



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 738 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/08/2020 11:41:08**
Data / Hora da Ocorrência: **20/05/2020 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT UBERABA - SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**
Nascimento: **23/04/1991** CPF: **051.053.803-71**
RG: **20071852756** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANA MEYRE FERREIRA DA SILVA**
ANTONIO BENTO DA SILVA
Endereço: **SITIO DISTRITO CODIA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: QFG2378 Uf: CE Município: PIQUET CARNEIRO Chassi: 9C2JC4110ER812798 Renavam: 1058910563 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: JULIO BENTO LIMA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção que estava conduzindo o veículo acima mencionado e estava saindo do Sitio Uberaba, Zona Rural de Senador Pompeu, em direção a sua residência que fica no Codia, que no trajeto da viagem a vítima sobrou em uma curva vindo a cair no solo, que a vítima ficou desacordado no local do acidente e foi socorrido por populares e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas a Senhora FRANCISCA EUDEJANIA FERREIRA DA SILVA e o Senhor FRANCISCO DJACI DA COSTA JUNIOR. Conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

BRUNO RAFAEL FEITOSA DE CARVALHO - MAT.: 30118960

Helder Bezerra do Santos
Delegado de Polícia Civil
MPL 300 R. Q. 1-X



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2020493957



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 738 / 2020

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: XEDUARLANTO FERREIRA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

Helder Beserra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 300.820-1

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200307807

Vítima: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EUDERLANIO FERREIRA 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\$ 1.350,00 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000752**

Conta: **0000011819-3**

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,

Seguradora Líder-DPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241654/20

Vítima: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

CPF: 051.053.803-71

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

Data do acidente: 20/05/2020

Titular do CPF: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA : 051.053.803-71

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: 27/08/2020
Nome: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA
CPF: 051.053.803-71

EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

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: 051.053.803-71 4 - Nome completo da vítima: EUGERLANIO FERREIRA 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: EUGERLANIO FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 051.053.803-71
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: DISTRITO DE COPIA 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: UNA Rural 12 - Cidade: Senador Paulo 13 - Estado: ES 14 - CEP: 65600-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (88) 49923424

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: 0752 CONTA: 11819 3

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

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, Senador Paulo - ES 26/08/2020

EUGERLANIO FERREIRA DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200307807

Vítima: EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EUDERLANIO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você