

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRISÕES
CORREIOS E SERVIÇOS DE IDENTIFICAÇÃO

1496821765

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1496821765

1496821765

PROIBIDO PLASTIFICAR

1496821765

CEARÁ

Nome: ANGELO LIMA MACIEL

DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE: 20075641318 SSP CE

CPF: 016.062.593-93 DATA NASCIMENTO: 28/02/1997

Prisão: FRANCISCO ALTEMAR LIMA LUXINEIDE FERNANDES MACIEL

Prisão: ☐ RDC: ☐ CENSO: ☐

1ª EMISSÃO: 08/05/2014 VIGÊNCIA: 17/06/2021 1ª EXPIRAÇÃO: 18/08/2016

SEM OBSERVAÇÃO;

Angelo Lima Maciel

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 22/08/2017

1- V. L. - J. H.

ASSINATURA DO EMISSOR

16454504914
CE161019870

Em caso de periculação
(85) 98841-6709 LAP.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217947/20

Vítima: ANGELO LIMA MACIEL

CPF: 016.062.593-93

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANGELO LIMA MACIEL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANGELO LIMA MACIEL : 016.062.593-93

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: 05/08/2020
Nome: ANGELO LIMA MACIEL
CPF: 016.062.593-93

ANGELO LIMA MACIEL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200277760

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANGELO LIMA MACIEL

Data do acidente: 18/04/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (fratura com afundamento osso frontal e hematoma epidural)
Mão direita (fratura falange media do segundo e terceiro quirodáctilo direito)

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, atrofia, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem normal, humor anormal, pensamento fuga de ideias, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante. Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça pulpar normal, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 30°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 30°, hiperextensão do segundo dedo aos 4°, hiperextensão do terceiro dedo aos 6°. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve na mão direita.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirurgico TCE e conservador com tala gessada mao direita, sem fisioterapia Alta medica.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve em mão direita
Deficit funcional leve em SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em mão direita e em SNC, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200277760

Cidade: Caucaia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANGELO LIMA MACIEL

Data do acidente: 18/04/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (fratura com afundamento osso frontal e hematoma epidural)
Mão direita (fratura falange media do segundo e terceiro quirodáctilo direito)

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, atrofia, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem normal, humor anormal, pensamento fuga de ideias, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante. Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça pulpar normal, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 30°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 30°, hiperextensão do segundo dedo aos 4°, hiperextensão do terceiro dedo aos 6°. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve na mão direita.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirurgico TCE e conservador com tala gessada mao direita, sem fisioterapia Alta medica.

Sequelae permanentes: Deficit funcional leve em mão direita
Deficit funcional leve em SNC

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em mão direita e em SNC, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	42,5 %	R\$ 5.737,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200277760 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELO LIMA MACIEL **Data do acidente:** 18/04/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM AFUNDAMENTO. P3
FRATURA NA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200277760 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELO LIMA MACIEL **Data do acidente:** 18/04/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM AFUNDAMENTO. P3
FRATURA NA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA. P3
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217947/20

Vítima: ANGELO LIMA MACIEL

CPF: 016.062.593-93

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANGELO LIMA MACIEL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANGELO LIMA MACIEL : 016.062.593-93

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: 05/08/2020
Nome: ANGELO LIMA MACIEL
CPF: 016.062.593-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

ANGELO LIMA MACIEL

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200277760

Vítima: ANGELO LIMA MACIEL

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANGELO LIMA MACIEL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200277760

Vítima: ANGELO LIMA MACIEL

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANGELO LIMA MACIEL

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200277760

Vítima: ANGELO LIMA MACIEL

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANGELO LIMA MACIEL

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\$ 5.737,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ANGELO LIMA MACIEL**

Valor: **R\$ 5.737,50**

Banco: **341**

Agência: **000007412**

Conta: **0000069541-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



**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: 3200277760

Nome do(a) Examinado(a): ANGELO LIMA MACIEL

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Itu, , , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 20045641318

Data e local do acidente: 18/04/2020 - Caucaia/CE

Data e local do exame: 19/08/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

TCE (fratura com afundamento osso frontal e hematoma epidural) Mão direita (fratura falange media do segundo e terceiro quirodactilo direito)

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

Tratamento cirurgico TCE e conservador com tala gessada mao direita, sem fisioterapia e nao sabe precisar data da alta medica.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, atrofia, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem normal, humor anormal, pensamento fuga de ideias, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante. Ao exame físico da mão direita apresenta movimento de pinça pulpar normal, movimento de compressão palmar alterado, movimento de preensão alterado, articulação metacarpofalangeana do segundo dedo aos 30°, articulação metacarpofalangeana do terceiro dedo aos 30°, hiperextensão do segundo dedo aos 4°, hiperextensão do terceiro dedo aos 6°. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve na mão direita.

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

Dano funcional mão direita. Dano neurologico por dano cognitivo e comportamental e deficit motor membros superiores

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.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Leve - 25%

Mão Direita - Leve - 25%

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

dano funcional leve mão direita



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

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: 016.062.593-93 4 - Nome completo da vítima: ANGELO NMA MACIEL

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

5 - Nome completo: ANGELO NMA MACIEL 6 - CPF: 016.062.593-93

7 - Profissão: MARCELEIRO 8 - Endereço: RUA ITU 9 - Número: 1434 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: PARQUE SANTO AMARO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 60.110-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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: ITAU

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

AGÊNCIA: 7412 CONTA: 0069541 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, FORTALEZA - CE 04.08.2020

X Angeles Nima Maciel
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20019256B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Polícia Rodoviária Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, Informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE351A2.

 **191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 18/04/2020 Hora: 04:40 Município: CAUCAIA/CE
BR: 020 KM: 408,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: GUSTAVO AGUIAR, 1503621

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Interseção de Vias
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Garoa/Chuvisco

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Molhada
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Amanhecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 18/04/2020, por volta das 04h40, no km 408 da BR-020, em Caucaia-CE, ocorreu um acidente do tipo colisão transversal. Os veículos e pessoas envolvidos foram: V1 - Automóvel - OIF3065 - PEUGEOT/207PASSION XR - conduzido por FLAVIO LIMA ALVES (lesões leves), tendo como passageiros DRIELY MARCAL DA SILVA (lesões leves), FRANCISCO MAYCON TEIXEIRA DOS SANTOS (lesões leves), BRUNA VICTORIA LOPES PAIVA (lesões leves), ANGELO LIMA MACIEL (lesões leves) e uma passageira não identificada do sexo feminino (lesões graves). V2 - Não localizado/Não identificado. Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V2 trafegava na rodovia no sentido Caucaia/CE-Maranguape/CE, quando teve sua trajetória interceptada V1 que adentrou a rodovia. Após a colisão transversal, V1 permaneceu imobilizado no acostamento enquanto V2 evediu-se do local. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui, com a posição final dos veículos e demais elementos da cena em suas posições finais como foram encontrados. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi o desrespeito às normas de circulação por V1, que adentrou a rodovia sem observar as normas de preferência. Observações: 1. O local apresentava sinalização horizontal em situação precária. 2. As vítimas foram socorridas pelo SAMU, nas viaturas USB 149, USB 148 e USA 122. 3. Em decorrência da prestação de socorro de urgência realizada pelo SAMU, não foi possível a realização do teste de alcoolemia no condutor de V1. Este não apresentava sinais visíveis de ingestão de álcool ou outras substâncias psicoativas.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE851A2.

191

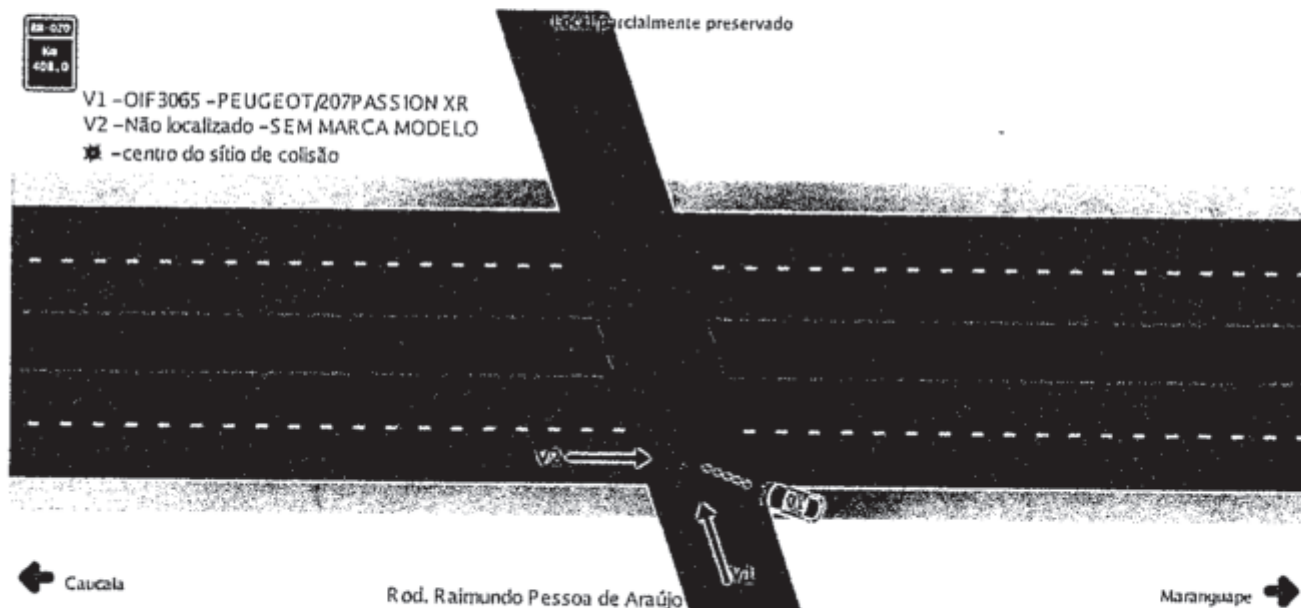


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - OIF3065 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: OIF3065 Marca/modelo: PEUGEOT/207PASSION XR Renavam: 00475840488
Ano fabricação: 2012 Chassi: 9362NKFWXDB008234 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Prata
Manobra no momento do acidente: Entrando na via
Informações complementares: Possuidor: FRANCISCO WILLIAM CAMPOS FERREIRA CPF: 002.849.913-17
Endereço: RUA LIVINO DE CARVALHO, 00066, ITAOCA, FORTALEZA - CE



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Polícia Rodoviária Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V1 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Conforme e-DRV 16012004180440-239



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 702848711490D63CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / PEUGEOT/207PASSION XR

Placa: OIF3065

Nº BOAT: 20019256B01

Nome do Agente: GUSTAVO AGUIAR

Matrícula do Agente: 1503621

Data: 18/04/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70264871149DD63CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V1 - Proprietário

Nome: MARIA ELEIZA SALVINO DE QUEIROZ

Email:

Endereço: RUA MARIA MASCARENHAS, 566, MARACANAU-CE

CPF/CNPJ: 162.794.253-04

Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - FLAVIO LIMA ALVES

V1C - Informações

Nome: FLAVIO LIMA ALVES

CPF: 500.595.803-72

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento: 01/07/1974

Estado civil: Não Informado

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 15/03/2014

Nº Registro: 06021743127

UF: CE

Vencimento da habilitação: 15/10/2023

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: R CANAVIEIRA, 446, MARECHAL RONDON, CAUCAIA-CE

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - ANGELO LIMA MACIEL

V1P1 - Informações

Nome: ANGELO LIMA MACIEL

CPF: 016.062.593-93

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 28/02/1997

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: RUA ITU, 1434, BOM JARDIM, FORTALEZA-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V1 - Proprietário

Nome: MARIA ELEIZA SALVINO DE QUEIROZ

CPF/CNPJ: 162.794.253-04

Email:

Telefone:

Endereço: RUA MARIA MASCARENHAS, 566, MARACANAU-CE

V1C - CONDUTOR DE V1 - FLAVIO LIMA ALVES

V1C - Informações

Nome: FLAVIO LIMA ALVES

Data de Nascimento: 01/07/1974

CPF: 500.595.803-72

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Morreu após remoção: Não

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B

Primeira habilitação: 15/03/2014

Nº Registro: 06021743127

UF: CE

Vencimento da habilitação: 15/10/2023

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: R CANAVIEIRA, 446, MARECHAL RONDON, CAUCAIA-CE

Telefone:

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - ANGELO LIMA MACIEL

V1P1 - Informações

Nome: ANGELO LIMA MACIEL

Data de Nascimento: 28/02/1997

CPF: 016.062.593-93

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Morreu após remoção: Não

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: RUA ITU, 1434, BOM JARDIM, FORTALEZA-CE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - BRUNA VICTORIA LOPES PAIVA

V1P2 - Informações

Nome: BRUNA VICTORIA LOPES PAIVA
CPF: 624.431.733-56
Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 20/01/1999
Sexo: Feminino
Morreu após remoção: Não

V1P2 - Dados do Contato

Endereço: SAO FRANCISCO DO JARDIM, 791, FORTALEZA-CE
Telefone: Email:

V1P3 - PASSAGEIRO 3 DO V1 - FRANCISCO MAYCON TEIXEIRA DOS SANTOS

V1P3 - Informações

Nome: FRANCISCO MAYCON TEIXEIRA DOS SANTOS
CPF: 620.594.873-74
Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 17/10/1998
Sexo: Masculino
Morreu após remoção: Não

V1P3 - Dados do Contato

Endereço: UNIFLOR, 240, BOM JARDIM, FORTALEZA-CE
Telefone: Email:

V1P4 - PASSAGEIRO 4 DO V1 - DRIELY MARCAL DA SILVA

V1P4 - Informações

Nome: DRIELY MARCAL DA SILVA
CPF: 604.578.093-02
Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 23/04/1994
Sexo: Feminino
Morreu após remoção: Não

V1P4 - Dados do Contato

Endereço: EDSON MARTINS, 463, GRANJA PORTUGUAL, FORTALEZA-CE
Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Polícia Rodoviária Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149D063CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V1P5 - PASSAGEIRO 5 DO V1 - Não Identificado

V1P5 - Informações

Nome:

Sexo: Feminino

Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento:

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V1P5 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - NÃO LOCALIZADO - OUTROS

V2 - Informações

Placa:

Marca/modelo:

Renavam:

Ano fabricação:

Chassi:

Tipo de veículo: Outros

Espécie:

Categoria:

Cor:

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Veículo não localizado e não identificado, evadiu-se do local antes da chegada da equipe PRF.

V2 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE851A2.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20019256B01

V2 - Proprietário

Nome:

CPF/CNPJ:

Email:

Telefone:

Endereço:

V2C - CONDUTOR DE V2 - Não Identificado

V2C - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: Ignorado

Estado físico: Ileso

Morreu após remoção: Não

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por GUSTAVO AGUIAR, matrícula 1503621, Policial Rodoviário Federal, em 21/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019256B01 e o número de controle 70284871149DD63CAF77835AE851A2.

191

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: 016.062.593-93 4 - Nome completo da vítima: ANGELO NMA MACIEL

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

5 - Nome completo: ANGELO NMA MACIEL 6 - CPF: 016.062.593-93

7 - Profissão: MARCEIRO 8 - Endereço: RUA ITU 9 - Número: 1434 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: PARQUE SANTO AMARO 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CEARA 14 - CEP: 60.110-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 00000000000000000000
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7412 CONTA: 0069541 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA - CE 04.08.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ UNIBANCO 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: 341 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/08/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320027776001
VALOR TOTAL:	5.737,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANGELO LIMA MACIEL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07412

CONTA: 000000069541

Número da Autenticação

23B66CFECB70C307AB8729D5062A27DD7ADF09529E1763A534EC1E90839639AE

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004853565207 Admissão: 18/04/2020 05:59
 Nome: ANGELO LIMA MACIEL
 Pront.: 5665134 Data Nasc.: 28/02/1997 Idade: 23 ano(s) 4 mes(es) e 27 dia(s) Tel.: 85 98910-3335
 Mãe: LUZINEIDE FERNANDES MACIEL
 Sexo: Masculino RG: 20075641318 Município: FORTALEZA
 CEP 60545065 Bairro: BOM JARDIM
 Endereço: RUA ITU

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA COREN:80520 Horário 18/04/2020 06:03
 Queixa: colisão carro/caminhão as 4:00hs, laceração frontal direita extensa, laceração labio superior.

Fluxograma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Discriminador: TCE

Autoagressão: Não

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

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: CLAUDIO REGIS MATOS BRAYNER CRM: 5213 Nº: 625542 Horário 18/04/2020 07:42

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 6

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

POLITRAUMATISMO

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 18/04/2020 13:01

EVOLUÇÃO

CO DE PROTOCOLO - 131
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 27/04/2020
 MATRICULA 13826
 SERVIDOR/EXAME

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
18/04/202 06:03	ACIDENTE	TCE	AMARELO	JOCIELENE DE MESQUITA

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004853565207 Admissão: 18/04/2020 05:59
 Nome: ANGELO LIMA MACIEL
 Pront.: 5665134 Data Nasc.: 28/02/1997 Idade: 23 ano(s) 4 mes(es) e 27 dia(s) Tel.: 85 98910-3335
 Mãe: LUZINEIDE FERNANDES MACIEL
 Sexo: Masculino RG: 20075641318 Município: FORTALEZA
 CEP 60545065 Bairro: BOM JARDIM
 Endereço: RUA ITU

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
	AUTOMOBILÍSTICO			SILVEIRA

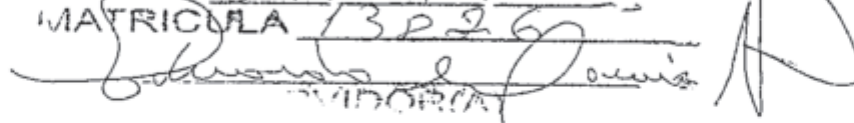
PRESCRIÇÃO

Médico: ARNALDO RIBEIRO DE ARRUDA CRM 14413 18/04/20 11:58

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

ENVIO DE PROTOCOLO - IJF
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 27/07/2020
 MATRÍCULA 13226


RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ANGELO LIMA MACIEL		
Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 25 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5665134
Endereço: RUA ITU		Bairro: BOM JARDIM
Num: 1434	CEP: 60545065	Cidade: FORTALEZA
UF: CEARÁ		

Localização		
Clinica: UNIDADE 20	Enfermaria: 243	Leito: 2007
Admissão Emergência: 18/04/2020 05:59		
Internação 18/04/2020	11:23	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 23 ANOS, VÍTIMA DE COLISÃO CARROXCAMINHÃO NO DIA 18/04/2020, SEM RELATO DE GLASGOW DA ADMISSÃO

TC DE CRÂNIO DA ADMISSÃO: PRESENÇA DE FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + HEMATOMA EPIDURAL ASSOCIADO

REALIZADO ABORDAGEM DE FRATURA AFUNDAMENTO E DRENAGEM DE HEMATOMA NO DIA 18/04/2020 POR DR ARNALDO ARRUDA, SEM INTERCORRÊNCIAS

ADMITIDO EM ENFERMARIA CLINICAMENTE BEM, SEM QUEIXAS.

AO EXAME: GCS 15, PIFR, MOE PRESERVADA, SEM DEFICITS MOTORES. FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

DISCUTIDO TOMOGRAFIA DE CONTROLE COM DR CARLOS VINÍCIUS - APRESENTANDO BONS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS

AVALIADO PELA ORTOPEDIA POR FRATURA INCOMPLETA SEM DESVIO DA FALANGE MÉDIA DO 2º E 2

QUIRODÁCTILOS DA MÃO DIREITA, SEM LUXAÇÃO ASSOCIADA - SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA + MANter TALA

POR 6 SEMANAS + RETORNO AO AMBULATÓRIO DA ORTOPEDIA COM DR QUEIROZ

~~RECEBE ALTA HOSPITALAR~~**Exames Realizados**

VIDE RESUMO

Terapêutica Utilizada

VIDE RESUMO

Sequelas Apresentadas
Dr. Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia IJF
CREMEC 19847**Diagnóstico**

S020 - FRATURA DA ABOBADA DO CRANIO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S020	FRATURA DA ABOBADA DO CRANIO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 25/04/2020

Observações Complementares

1. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO DR CARLOS VINICIUS NA VAGA
2. RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DO DR QUEIROZ
3. RETORNAR A EMERGÊNCIA SE INTERCORRÊNCIAS
4. RETIRAR FIOS DE SUTURA DIA 02/05 NA UBS

Responsável

Médico: CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

Data: 25/04/2020

Paciente: ANGELO LIMA MACIEL

Idade: 23 ano(s) 1 mes(es) e 25 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5665134

Endereço: RUA ITU

Bairro: BOM JARDIM

Num: 1434

CEP: 60545065

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 20

Enfermaria: 243

Leito: 2007

Admissão Emergência: 18/04/2020 05:59

Internação 18/04/2020

11:23

Alta: * Não Informado * * Não Informado

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0403010268	Urgência	18/04/2020 19:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO	ARNALDO RIBEIRO DE ARRUDA

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


Dr. Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia 11F
CREMEC 19847