

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSENDO MOREIRA LUZ JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000057202-7

Nr. da Autenticação 7CB0C7813E5C2A10

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Rosendo Moreira Luz Junior
Rua dos Bouganvilles, 1070
Fortaleza - CE

OUTROS

1004054



Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT –
Sinistro de Invalidez - Rosendo Moreira Luz Junior

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 17/06/2013, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;
- Boletim de ocorrência original ou cópia autenticada.
- Autorização de pagamento com numero de conta da vítima.

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consorcio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento está em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTUROSEG



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

IDENTIFICAÇÃOVITIMA Rosane Andrade RG 99.999.999DATA DO ACIDENTE 03/03/2013 CPF DA VITIMA 560.883.093-91**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Q Vítima REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARENTESCO COM A VITIMA ÉENDERECO DO PORTADOR Rua das Rosas BAIRRO QuintalNº 1030 COMPLEMENTO CE CEP 60.000-130CIDADE Fortaleza UF CE CEP 60.000-130

E-MAIL _____

TELEFONE (____)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) POSSIBILIDADE DE APROVEITAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AULA DEFINTIVA. BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CHAVE DE INSCRIÇÃO DA VITIMA) (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) OS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE** CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DA INSCRIÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) POSSIBILIDADE DE APROVEITAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AULA DEFINTIVA.**INFORMAÇÕES IMPORTANTES****DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS** CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

ON: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

VALORES DE INDENIZAÇÃO MORTE = R\$ 13.500,00

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PÁGINA 11 NA LEI 6.194/94.

- DESPESAS MÉDICAS (DAMIS) = REembolso ate R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONTRIBUÍDAS.

 O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 21 DIAS CONTEÚDOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.COM.BR OU USE

GRATIS SAC DPNV 0800 622 1264

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

N° DO SINISTRO 2013 / 450680 (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rosendo Moreira Luz juniorPORTADOR / A DO RG N° 1868077EXPEDIDO POR Del nome EM _____ CPF / CNPJN° 460.887.093-91 PROFISSÃO Autônomo E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO "DPVAT DA VITIMA" Rosendo Moreira Luz junior
AUTORIZO A SEGURADORA m.B.M

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

 CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

N° BANCO _____ N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

N° CONTA CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

N° BANCO 237 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

N° CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

N° BANCO 001 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

N° CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

N° BANCO 341 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

N° CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALN° BANCO 104 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 255 8N° CONTA POUPANÇA 80 009 - 0 09.013

• DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
 UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Sentroiza - PEDATA 23/02/03ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Rosendo Moreira Luz junior

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/a legítimo/a beneficiário/a, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/06, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

26 JUL 2013

PÁGINA: 7

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PRACA DO FERREIRA
DATA: 19/07/2013 HORA: 08:16:13
TERMINAL: 21831440 CONTROLE: 218314400003

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2558.013.20000559-0
NOME: ROSENDO MOREIRA LUIZ JUNIOR
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00
NÚMERO DO ENVELOPE: 4919958632
NÚMERO DE CONTROLE: 200011215

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 108 - 5806 / 2013Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 16/07/2013 10:30:53

Data / Hora da Ocorrência : 09/04/2013 16:05:53

Endereço da Ocorrência: R. BETEL COM AV DOS EUCALIPTOS
Nº FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ROSENDO MOREIRA LUZ JUNIOR

Nascimento : 06/07/1965

RG: 2005910288220 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: ROSENDO MOREIRA LUZ

TEREZINHA DA SILVA LUZ

Endereço: R Z-PLANALTO DA UZCE 1970

PARQUE DOS IRMAOS

FORTALEZA CE BRASIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Telefone:

PÁGINA:
1004025*Histórico

DISSE O DECLARANTE QUE NA DATA SUPRACITADA VINHA EM SUA MOTO PLACA 01H 6086, COR PRETA, ANO 2012 QUANDO UM INDIVIDUO QUE VINHA EM UM CARRO TOYOTA COROLLA, PLACA HWE 6086, COR PRETA, ANO 2005, PERDEU A ENTRADA DO FORTINO E FREIOU E DEU UMA RÉ, OCASIONANDO A COLISÃO DE SUA MOTO COM A TRASEIRA DO CARRO DO INDIVIDUO. AFIRMA AINDA O DECLARANTE QUE O ELE PERMANECEU NO LOCAL, CHAMOU O SAMU QUE O LEVOU ATÉ O HOSPITAL FROTÃO DO CENTRO, ONDE CHEGOU COM FRATURAS NO NARIZ E ALGUMAS PANCADAS NA COLUNA E NA ÁREA DO RUSTO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 3. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 135626-I-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Rosendo Moreira Luz Junior*

ESTO DO DELEGADO(A):

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rosendo Moreira Luz Júnior, portador da carteira de identidade nº 186.8077 e inscrito no CPF/MF sob o nº 960.887.093-91, residente e domiciliado na Rua dos Braganvilles nº 1070 Pende Cidade Fozaliza, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solidizo que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



Rosendo Moreira Luz Júnior

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fozaliza - PE 10/06/2013

Local e data



TEL. CENTRAL E MARCAÇÃO DE PERÍCIA
 (085) 3483.2964 (085) 8534-5824
SORAYA

Cagece		Fatura Mensal		Número: 2232480	
Nome: ROSENDO MOUSA LUIZ JUNIOR		CPF/CNPJ: 46008709391		Emissão: 05/02/2013	
Endereço: RUA DOS BOUGANVILLES, 1070, DEDE					
Data Prevista para Próxima Leitura: 10/03/2013		Cidade: FORTALEZA		Mês/Ano: 02/2013	
Data de Leitura: 05/02/2013	Leitura Atual: 1252	Leitura Anterior: 1237	Consumo do Mês: 15	NPº do Hidrometro: AGSF045618	
Descrição dos Serviços ÁGUA: 251,75 JUROS DE 0,03% AO DIA: 0,33 MULTA DE 2%: 0,52 Vencimento: 25/02/2013 Total (R\$): 26,60 TOTAL DE 26,60 (DEVEDO A FALTA DE CHAVAS FAÇA O USO RACIONAL PARA ECONOMIZAR ÁGUA CONSUMO SATURADO PELA MÉDIA)					
Água: sabendo usar não vai faltar. Siga nossas dicas de economia: - No banho, mantenha o chuveiro fechado na hora de se enxaguar ou lavar o cabelo. - Enxague primeiro toda a louça, enxágue tudo de uma vez. Não deixe a torneira aberta.					
Informações Sobre a Qualidade da Água Distribuída N° de Amostras: 614 Cloro: 614 Testes: 614 P. Bár: 614 Cont. Fosfato: 614 Níquel: 614 Analisadas: 614 614 634 29 614 614 Na crença da qualidade: 614 614 632 29 614 614					
Onde pagar sua fatura Efetue o pagamento de sua fatura nos seguintes locais: Bancos: BRADESCO - BNB - ITAÚ - BIC - CEF - BB - SANTANDER Outros: Pag-Fácil					

CUENTA		COMPROVANTE DE RESIDENCIA		Número: 1004040 5-3	
82					
Cagece		Fatura Mensal		Número: 0222480	
Mês/Ano: 02/2013	Local: 001	Setor: 006	Quadril: 138	Lote: 0003	Complemento: 0009
Cidade: FORTALEZA		Vencimento: 25/02/2013	Total R\$: 26,60	1 PÁGINA	
CASA					

FUTUROSEG
 REGULAÇÃO DE SINISTROS

JUN 2013
 3

Nr.BE.....: Data: 09-04-2013 Hora: 11:57
204809

Emissor: CICERO.JUNIOR

Paciente....: ROSENDO MOREIRA LUZ JUNIOR

CAPTAÇÃO SUS...:

Prontuário: 5202959

Sexo.....: MASCULINO

Data de Nascimento: 07-06-1965

Idade.....: 47a 10m 02

Mae.....: TEREZINHA DA SILVA LUZ

Pai.....: ROSENDO MOREIRA LUZ

Estado Civil:

Cor.....:

Ocupação...:

Naturalidade:

Nacionalidade....:

PONB.....: C

RG.....:

CPF.....:

Endereço....: Rua BOGANVILES

Número.....: 1070

CEP.....: 60000000

Bairro.....: ITAPERI

Cidade.....: FORTALEZA (CE)

RESPONSÁVEL.: ANDRELINA (ESPOSA)

DOCUMENTO.....:

CPF.....:

Unid.Interna: EMERGENCIA

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Médico.....:

Especialidade:

PA....: FR....: TAX....: FC....:

Queixa.....:

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TECIDO
[] LIQUOR [] EG [] ULTRASOMOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS.: [] SIM [] NÃO

DADOS CLÍNICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



10040
UTUROSEG
AO DE SINISTROS

17 JUN. 2013

PÁGINA

CID:

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO:

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA [] ENCAMINHADO AO PRIMEDATÓRIO

INTERNACÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANATOMIA PATOLÓGICA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



INSTITUTO DR. JOSÉ PROTA
"24 horas da proteção à vida"

PARECER MÉDICO 1

ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: AS H	CARIMBO E ASS MEDICO SOLICITANTE:
EXAME CLÍNICO:	A, cedro, anel, surto. Olhos = 15. CT do crânio normal. Outra emergência.	
DIAGNÓSTICO:		
CONDUTA:		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	

PARECER MÉDICO 2

ESPECIALIDADE:	DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: AS H	CARIMBO E ASS MEDICO SOLICITANTE:
EXAME CLÍNICO:	Paciente vítima de politrauma, negando queixas além da cefalgia. Rx de tórax, pele, ossos, coluna cervical com evidência de lesão. A L8 fraturada. Abdomen doloroso, medo, com moco, Olhos = 15.	
DIAGNÓSTICO:	Bruno T de Andrade	
CONDUTA:	Cuidados Bruno T de Andrade M.D.C. 14.136	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:	

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
1 - SF 0,9% 1000ml ev. 24h/24h.	6.500 500	500
2 - Profenox 100mg + 100ml SF 0,3% 500ml/24h	22.40	
3 - Glucosol 04 FA evada via 1ml qd.		
4 - Paracetamol 1000mg + acetaminofeno 600mg		
5 - CT de L8		
6 - Prescrição - paciente 05/05/2010		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

<input type="checkbox"/> Decisão Médica	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Evasão	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA:	HORA:
<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Óbito			

INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO:	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA:	HORA:
---------------	----------------------------------	-------	-------

ÓBITO

ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?	CARIMBO/ ASS. MÉDICO ASSISTENTE:	DATA ÓBITO:	HORA:
OSIM OU NÃO			

OBSERVAÇÕES:

DESTINO DO CORPO:

IML SVO

ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável): _____

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTETAS NACIONAIS DE HABILITAÇÃO

MOSSEDO MOREIRA LIMA JUNIOR

SOC.CHEPARE / CHAMBRON
1886077 CTEB CE

CH 460.887.093-91 06/07/1965

NOME
MOSSEDO MOREIRA LIMA
ALIA
TERELETHA DA SILVA LIMA

REC. CIRCUITO
04013094007 19/05/2016

PRATICADO
16/12/1988

SENHA DE ACESSO:

Possui marcas de feridas

LUGAR
PORTALEIRA, CE
DATA
20/11/2011
CJ 08559785121
CR 125867867

DET. DE TRAN. DE (CE) PRA

ESTADO DO CEARÁ - SISTEMA INTEGRADO DE TRÂNSITO

519563294

TEL CONTROLE VIGILÂNCIA DE PERÍCIA
(085) 3483-2244 / (085) 8534-5624
SORAYA

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

17 JUN. 2013

ST

PÁGINA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013450680	Cidade: Fortaleza	Natureza: Invalidez
Vítima: ROSENDO MOREIRA LUZ JUNIOR	Data do acidente: 09/04/2013	Emissor do parecer: Reginaldo Wanis
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A	Prestadora: Visão Médica Ltda	CRM do médico: 436856

PARECER

Data da análise: 07/08/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PERICIA ESPECIAL CE

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: REGINALDO WANIS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013450680	Cidade: Fortaleza	Natureza: Invalidez
Vítima: ROSENDO MOREIRA LUZ JUNIOR	Data do acidente: 09/04/2013	Emissor do parecer: GALDINO LEONARDO
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A	Prestadora: SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.	CRM do médico: 9050

PARECER

Diagnóstico: TCE com fratura dos ossos da face

Descrição do exame médico pericial: Periciando apresenta-se com céfaléia crônica, tontura, obstrução nasal, desvio de septo nasal e prejuízo da função respiratória

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes: Comprometimento residual do SNC Comprometimento residual das estruturas craneofaciais

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 12/08/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Greive Freitas Cavalcante

UF do CRM do médico: CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10
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	1	10

Valor avaliado: 2.700,00



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013 450680

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Roxendo Moneina Luz JúniorPORTADOR(A) DO RG Nº 1868077EXPEDIDO POR Detran - CEEM 16/12/2013CPF 46088709341 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Mecânico

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Roxendo Moneina Luz Júnior. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALBANCO 104 • AGÊNCIA 1563 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 54202-7

OP : 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santos - CE DATA 05/09/2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Roxendo Moneina Luz Júnior ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AGENCIA JOSE DE ALENCAR
DATA: 03/09/2013 HORA: 09:07:19
TERMINAL: 09201014 CONTROLE: 092010140071

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1563.013.00057202-7
NOME: ROSENDO M LUZ JUNIOR

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0164813764
NÚMERO DE CONTROLE: 246040661

A confirmação do depósito se dará pelo
lancamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Informações do Acidente

Processo: 2013450680

Nome da Vítima: Rosendo Moreira Luz Junior

Local do Acidente: Fortaleza, Ce

Data do Acidente: 09/04/2013

Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

- I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

- II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Resposta: Sistema nervoso central + craniofacial

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: Tratamento conservador de TCE com fratura dos ossos da face

- III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim Não

- IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

(X) O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Cefaléia + tontura + obstrução nasal + desvio de septo nasal + prejuízo da função respiratória

- V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

- () Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)
- (X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)**

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		1ª Lesão 10% (residual)
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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		2ª Lesão 10% (residual)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Greive Freitas Cavalcante

Registro no CRM: CE 9050

Local do Exame: Fortaleza - CE

Data do Exame: 12/08/2013

