

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: 000000057202-7

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 recebemos 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 número de conta da vítima.**

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

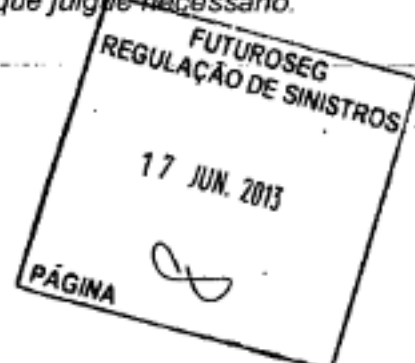
Tal procedimento está em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consortios do Seguro DPVAT.

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

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

Atenciosamente,


FUTUROSEG



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

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

www.futuroseg.net.br



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Reginaldo Moreira dos SantosDATA DO ACIDENTE 16.08.2013 CPF DA VÍTIMA 460.883.093-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PRESENTECO COMA VÍTIMA É Paulo dos ReisENDEREÇO DO PORTADOR Rua do EngenheiroNº 1030 COMPLEMENTO 1 BAIRRO DandaCIDADE Fátima UF CE CEP 60.000-130E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL, QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO VÍDEO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRAS☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS E OUTRAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL, QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MONTE - R\$ 11.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LET 6.19/MTA.
• DESPESAS MÉDICAS (PAIWS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREMIOS) SÃO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.OPAATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1234

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA IDENTIDADE ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA NOME ASSINATURA 

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº 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 Junior
 PORTADOR / A DO RG Nº 1868077 EXPEDIDO POR Detran/CE EM 1/1/ CPF / CNPJ
 Nº 960.884.093-91 PROFISSÃO Autorônomo E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00
 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO
 OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA 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)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA POUPANÇA _____

(☒) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 2558
 Nº CONTA POUPANÇA 80559-0 OP. 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA
 INDENIZAÇÃO.

LOCAL Sertãozinho - CE DATA 23/02/13

ASSINATURA 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, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).
- Para acompanhar o andamento do pedido da 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

1004035



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

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2558.013.00000559-0
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

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

26 JUL 2013

PÁGINA: 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 108 - 5806 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
 Data / Hora da Comunicação: **16/07/2013 10:30:53**
 Data / Hora da Ocorrência : **09/04/2013 10:05:53**
 Endereço da Ocorrência: **R. BETEL, COM AV. DOS EUCALIPTOS**
NI FORTALEZA /CE.
 Ponto de Referência:

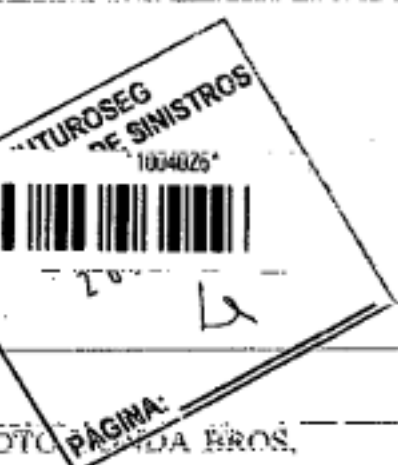
Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROSENDO MOREIRA LUZ JUNIOR**
 Nascimento : **06/07/1965**
 RG: **2005919288220** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
 Filiação: **ROSENDO MOREIRA LUZ**
TEREZINHA DA SILVA LUZ
 Endereço: **R. Z-PLANALTO DA UZCE 1070**
PARQUE DOS IRMAOS
FORTALEZA CE BRASIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Telefone:



Histórico

DISSE O DECLARANTE QUE NA DATA SUPRACITADA VINHA EM SUA MOTO LACA DDI 6086, COR PRETA, ANO 2012 QUANDO UM INDIVÍDUO QUE VINHA EM UM CARRO HYUNDAI COROLLA, PLACA HVE 6006, COR PRETA, ANO 2005, PERDEU A ENTRADA DO MOTORNO E FREIOU E DEU UMA RÉ, OCASIONANDO A COLISÃO DE SUA MOTO COM A LATERAL DO CARRO DO INDIVÍDUO. AFIRMA AINDA O DECLARANTE QUE O ELE PERMANECERAM NO LOCAL, CHAMOU O SAMU QUE O LEVOU ATÉ O HOSPITAL PROTÃO DO CENTRO, ONDE CHEGOU COM FRATURAS NO NARIZ E ALGUMAS PANCADAS NA COLUMNA E NA REGIÃO DO ROSTO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 8.º DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

ATRÍCULA: **135626-1-X**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

ASSINATURA DO DELEGADO(A): _____

Rosendo Moreira Luz Junior

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Romendo Moreira Luz Junior, portador da carteira de identidade nº 1868077 e inscrito no CPF/MF sob o nº 460.887.093-91 residente e domiciliado na Rua dos Breganvillers nº 1070 Dende Cidade Sertãozinho Estado CE 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
- (X) 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, solidito 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 Líder 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.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029

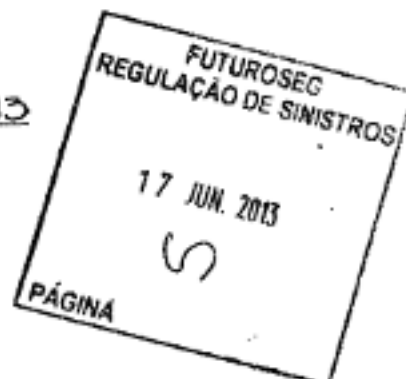


Romendo Moreira Luz Junior

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sertãozinho - CE 10/06/2013

Local e data



TEL. CENTRO DE MARCAÇÃO DE PERÍCIA
(085) 3483.2904 (085) 8534-5824

SORAYA

Cagece Companhia de Água e Esgoto do Ceará

Fatura Mensal

Matrícula: 2232480

Nome: ROSENDO MOURA LUIZ JUNIOR

CNPJ: 46085709391

Endereço: RUA DOS BOUVANILLES, 1070, DIENDE

Cidade: FORTALEZA

Mês/Ano: 02/2013

Data Prevista para Próxima Leitura: 10/03/2013

Data da Leitura: 08/02/2013

Leitura Anterior: 1237

Consumo do Mês: 15

CP de Hidrômetro: A65F005610

Valor: 25,75

Desconto: 0,33

Valor a Pagar: 25,42

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

JUROS DE 0,013% AO DIA

MULTA DE 2%

Vencimento: 25/02/2013

Total (R\$): 26,60

DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA O USO RACIONAL PARA ECONOMIZAR ÁGUA CONSUMO FATURADO PELA MÉDIA.

Água: sabendo usar não vai faltar.

Siga nossas dicas de economia:

- No banho, mantenha o chuveiro fechado na hora de se ensaboar ou lavar o cabelo
- Enxágue primeiro toda a louça, enxágue tudo de uma vez. Não deixe a torneira aberta.

Informações Sobre a Qualidade da Água Distribuída

UF de Análise	Cloro	Turbidez	PH	Condutividade	Temperatura
Fortaleza	614	614	614	29	614
Aracaju	610	610	610	29	610

Onde pagar sua fatura

Efetue o pagamento da sua fatura nos seguintes locais:

Bancos: BRADESCO - BNB - ITAU - BIC - CEF - BB - SANTANDER

Outros: PagFácil

CLIENTE

82

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

5-3



Cagece Companhia de Água e Esgoto do Ceará

Fatura Mensal

Mês/Ano	Local	Setor	Quadra	Lote	Complemento
02/2013	001	008	138	0003	0000
Cidade	FORTALEZA				
Vencimento	25/02/2013				
Total (R\$)	26,00				

CADA

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

JUN 2013

PAGINA

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

Emissor: CICERO JUNIOR

Paciente..... ROSENDO MOREIRA LUZ JUNIOR

CAPTAD SUS.....

Sexo..... MASCULINO

Mãe..... TERESINHA DA SILVA LUZ

Estado Civil:

Naturalidade:

RG.....

Endereço..... Rua BOGANVILES

Bairro..... ITAPERI

RESPONSÁVEL: ANDRELINA (ESPOSA)

Data de Nascimento: 07-06-1965

Pai..... ROSENDO MOREIRA LUZ

Cor.....

Nacionalidade.....

CPF.....

Número..... 1070

Cidade..... FORTALEZA (CE)

DOCUMENTO.....

Prontuário: 5202959

Idade..... 47a 10m 02

Ocupação.....

PONE..... C

CEP..... 6000000

CPF.....

Unid. Interna: EMERGENCIA

Médico.....

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Especialidade:

PA.....

FR.....

TAX.....

FC.....

Queixa.....

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS [] SANGUE [] URINA [] TC

[] LIQUOR [] EG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



*10040

UTUROSEG
ÃO DE SINISTROS

17 JUN. 2013

PÁGINA

CID:

HORARIO DA MEDICAÇÃO:

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO:

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

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

INTERNAÇÃO 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



Fortaleza

1

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

PARECER MÉDICO 1

ESPECIALIDADE: *Neurologia* DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: / / AS H CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:EXAME CLÍNICO: *A. cefálico, anulo, sem ept.**Cl. azar = 15.**CT 10. Genuo Uanil*DIAGNÓSTICO: *Distúrbio unisyne*

CONDUTA:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / AS H

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

PARECER MÉDICO 2

ESPECIALIDADE: *Orto. Ortol* DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO: / / AS H CARIMBO E ASS. MÉDICO SOLICITANTE:

EXAME CLÍNICO:

Paciente vítima de pol. trauma, negando quebras além de apólia. Re. de torax, pda, e lesões iniciais com evidência de lesão. ALCB fisiológica. Abdom. flácido, insensível, sem sinais, distúrbio.

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA: *Indig. para**Bruno I. de Andrade*

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: / / AS H

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*1 - SF 0,9% 1800ml CV 24h/24h**2 - Paracetamol 100mg + 180ml SF 0,3% 1800ml**3 - Glucose 50% 50ml em cada dose 1800ml**Para feridas: lavagem com SF 0,3% + 180ml SF 0,3%**- CS 200mg 1800ml**Diagnóstico: Pol. trauma - 08:30*

TIPO DE ALTA/SAÍDA

☐ Decisão Médica☐ A Pedido☐ Evasão☐ Transferência☐ Internação☐ Óbito

PROCEDIMENTO:

ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?
☐ SIM ☐ NÃO

OBSERVAÇÕES:

DESTINO DO CORPO:

☐ IML☐ SVO☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável: _____)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RODRIGO MOREIRA LIMA JUNIOR

DOC. ORIGINAL / OUT. ORIGINAL
 1806077 CTRB CE

CE
 460.887.093-91 06/07/1965

Função
 RODRIGO MOREIRA LIMA
 TEREZINHA DA SILVA LIMA

SEXO
 MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO
 19/05/2016

DATA DE EXPIRAÇÃO
 16/12/1988

Observação:

Procedimento de Habilitação

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA DE EMISSÃO
 28/11/2011

08539785121
CR125867867

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037

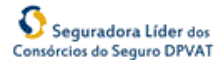
TEL CONTINUIDADE DE PERÍCIA
 (085) 3483.2244 / (85) 8534-5824
 SORAYA

FUTUROSEG
 REGULAÇÃO DE SINISTROS

17 JUN, 2013

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

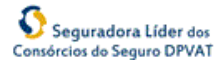
DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**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 cefaléia 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 cranio faciais

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 Moneira Luz Junior
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1868077 EXPEDIDO POR Detran - CE EM 16 / 12 / 88 E
 CPF 460887093-91 / CNPJ 000000000-00000-00, 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 Moneira Luz Junior 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 FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 1563 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 59202-7

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

LOCAL Santa Cruz - CE DATA 05 / 09 / 2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Roxendo Moneira Luz Junior



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
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

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

☒ **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)

☒ **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 esfinteriano; (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



Dr. Greive Freitas Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050