

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2015

Carta nº: 6630537

A/C: ALEXANDRE SILVA CASTRO

**Sinistro:** 3150270185  
**Vitima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO  
**Data Acidente:** 06/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Companhia Mutual de Seguro de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2015

Carta nº: 6741676

A/C: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Sinistro: 3150270185  
Vítima: ALEXANDRE SILVA CASTRO  
Data Acidente: 06/02/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2015

Carta nº: 6877037

A/C: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Sinistro: 3150270185  
Vítima: ALEXANDRE SILVA CASTRO  
Data Acidente: 06/02/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000002183

Conta: 000000078498-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00

Total creditado: R\$ 4.050,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150270185 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE SILVA CASTRO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SANTA INES nº 1077 - NSRA DAS GRACAS - FORTALEZA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 040095 - SSP**  
Data local do exame: **17/04/2015 FORTALEZA/CE**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### ECORIAÇÕES/ CONTUSÃO NO HALUX ESQUERDO, NO JOELHO DIREITO E NO OMBRO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MÉDICA

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXÃO DO HALUX ESQUERDO, LIMITAÇÃO ALGICA DO OMBRO DIREITO E DO JOELHO DIREITO

IV. Segundo o 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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

#### HALUX ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

#### OMBRO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

#### JOELHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - FORTALEZA, 17/04/2015**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52.25889-0**

**Dra. Dores M. B. C. Mendes**  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

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.

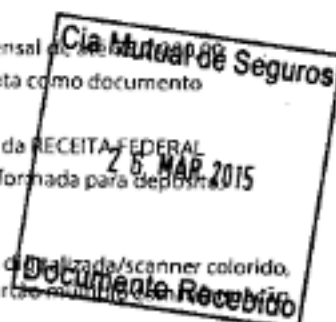
EU, Alexandre Silva Castro  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 04892812370 EXPEDIDO POR Detran-le EM 16/10/14 E  
 CPF 957460133-15 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Motoboy  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 860,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTES:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2183 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78498-6

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

Santalza 06 de março

LOCAL E DATA

de 2015 / Alexandre SILVA Castro

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

# Verificação de transferência entre contas da CAIXA - TEV

9 HORÁRIOS E LIMITES

Conta origem: 2183/001.00033888-9

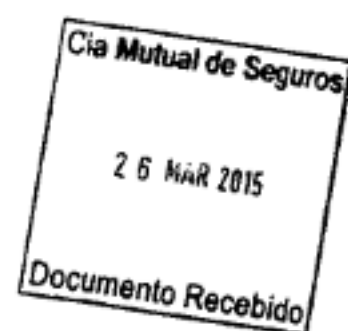
Conta destino: 2183/013.00078498-6

Agência destino: PRACA DO FERREIRA

Nome destinatário: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Valor: 600

Identificação da transferência: TRANS CLIENTES





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

DOCUMENTO 1 "T19"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 1623 / 2015

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **09/02/2015 14:41:36**

Data / Hora da Ocorrência : **06/02/2015 14:30:00**

Endereço da Ocorrência: **ROD. CE. 085, KM 23**

**ESTRUTURANTE CAUCAIA /CE**

Ponto de Referência:

Cia. Mutual de Seguro

26 MAR 2015

Documento Recebido

*Histórico*

INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL MENCIONADOS NA OCORRÊNCIA SE ENCONTRAVA NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, COR PRETA, ANO 2012/12, PLACA DIC-0764(FORTALEZA-CE), RENAVAM 469141204, CHASSI 9C2JC4110CR515426, DOCUMENTADA EM NOME DE JULIANA ALCANTARA DOS SANTOS-CPF 642.186.943-20, QUANDO, AO PASSAR POR UMA CURVA FOI SURPREENDIDO POR UM AUTOMÓVEL DE COR PRETA QUE COLIDIU CONTRA A TRASEIRA DE SUA MOTO EM ALTA VELOCIDADE, EVADINDO-SE DO LOCAL LOGO APÓS: QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE O DECLARANTE FICOU LESIONADO NO TORAX, ABDOMEN, AMBOS OS JOELHOS, AMBAS AS PERNAS, PE ESQUERDO, REGIÃO LOMBAR E NADEGAS, SENDO SOCORRIDO POR AMBULÂNCIA POR UMA AMBULÂNCIA DA EMPRESA NORDESTE, A QUAL PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS. E, APÓS ISSO O DECLARANTE DIRIGIU-SE À UPA E DEPOIS AO HOSPITAL FROTIMA DE ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS.//

*Noticiante(s)*

Nome : **ALEXANDRE SILVA CASTRO**

Endereço : **R SANTA INES 1077 CS "C"**

Bairro : **PIRAMBU**

Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL**

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**RAQUEL DA CONCEIÇÃO MACHADO - MAT.: 405087-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **X ALEXANDRE SILVA CASTRO.**

VISTO DO DELEGADO(A):

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

José Jesuita  
Delegado de Polícia  
Matr.: 133545-1



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social  
Polícia Militar do Ceará PMCE  
Polícia Rodoviária Estadual

**DECLARAÇÃO**

Declaro que o veículo abaixo discriminado envolveu-se em um acidente de trânsito, no dia 06/02/2015 na Rodovia CE-085 Km 23 no município de PAULISTA, por volta de 14:30 horas.

O proprietário ou o condutor do veículo, caso necessite da Certidão do acidente, deverá comparecer à sede da Polícia Rodoviária Estadual, munido de fotocópias da habilitação do condutor ou proprietário do veículo e do CRLV (Documento do Veículo). A certidão será solicitada e fornecida no horário de 08:00 às 12:00 e de 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O recebimento da Certidão será de 07 (sete) a 10 (dez) dias úteis, após a data da solicitação feita na sede da PRE. Obs.: Somente poderá dar entrada e receber a CERTIDÃO o condutor ou proprietário e no impedimento destes, terceiros, através de PROCURAÇÃO.

CONDUTOR : ALEXANDRE SILVA CARRO

MARCA  
HONDA

MODELO DO VEÍCULO

FIN 125

PLACA - UF

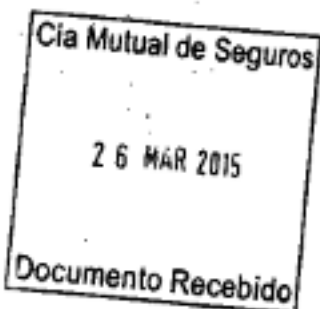
010-0764-CE

Comandante da Guarnição

MF.: 088930-1-2 PMCE

End: Aristóbulo Quevedo N°. 195, Maraponga - Fortaleza - CE.

TEL: 85-8707-7024 / 85-3383-1577



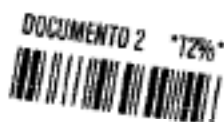
## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandre Silva Castro, portador da carteira de identidade nº 048928123-40 e inscrito no CPF/MF sob o nº 957.460.133-15, residente e domiciliado na Rua São Inês Nº 1077 CS C Cidade Fortaleza Estado Ceará, 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, solicito 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.

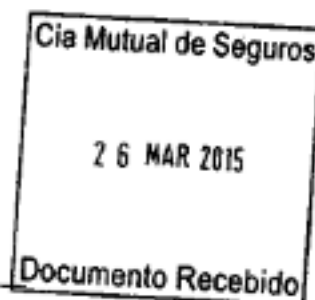


ALEXANDRE SILVA CASTRO.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Fortaleza - Ce 23/02/15

Local e data





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Silva CastroRG nº 04892812370, data de expedição 16/10/14, Órgão Detran-le

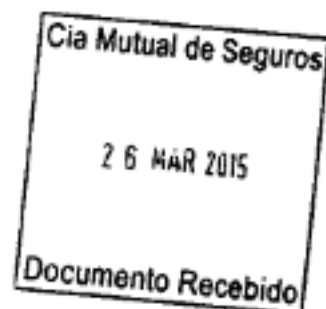
CPF nº 957.460.133-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                        |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Sta Ines</u>                    |
| Número                            | <u>1077</u>                            |
| Apto / Complemento                | <u>CS C</u>                            |
| Bairro                            | <u>Nossa Senhora das Graças</u>        |
| Cidade                            | <u>Fortaleza</u>                       |
| Estado                            | <u>Ceará</u>                           |
| CEP                               | <u>60311-310</u>                       |
| Telefone de contato               | <u>(85) 3046-1120 / (85) 8936-0069</u> |
| E-mail                            |                                        |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza - le 23/02/15

Assinatura do Declarante: ALEXANDRE SILVA CASTRO





PIRAMBU

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

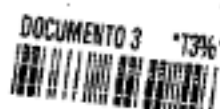
Nome: ALEXANDRE SILVA CASTRO      Prontuário: 87991      Admissão: 06/02/2015  
Data Nasc.: 12/02/1982      Idade: 32 ano(s) 11 mes(es) e 22 dia(s)      Sexo: Masculino      RG:  
Mãe: OSMARINA SILVA CASTRO      Telefone: ( ) 86368292  
Endereço: RUA SANTA INES 1077, CS C      Bairro: PIRAMBU      CEP: 60000-000

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA      Classificador: CRISTINA MEDEIROS PESSOA      Horário: 17:53  
Queixa: dor em pé e, joelho e ombro d, escoriações pelo corpo hj, após ter sido atropelado.  
Fluxograma: PROBLEMAS EM      Discriminador: DOR INTENSA  
Sato02:      Glasgow:      Temp.:      Glicemia:      Régua: 8      Pulso/FC:

### ATENDIMENTO

Médico: JOSE THIEFESON SERPA DA SILVA      CRM: 15663      Nº Atendimento: 146440      P.A.:  
Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO      Acidente: Sim      Agressão: Não      Peso:  
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER]      Comorbidade: NEGA  
TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE  
ESPECIFICADOS  
HDA/Exame Físico:  
PCT, 32A, ATROPELAMENTO CARRO X MOTO AS 14:40H.  
GLASGOW 15  
ABCDE(ATLS) ESCORIAÇÕES / JA FOI REALIZADO PRIMEIRO ATENDIMENTO PELA NORDESTE EMERGENCIAS  
AO EXAME: BEG, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, LÚCIDO E ORIENTADO  
ACV: RITMO CARDÍACO REGULAR, 2T, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS  
AR: MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS  
ABD: PLANO, RHA+, FLÁCIDO E INDOLOR, NÃO PALPO MASSAS.  
OSTEOM: DOR ABDUÇÃO DE OMBRO D; DOR EM PE ESQUERDO: JOELHO E  
NEGA ALERGIAS

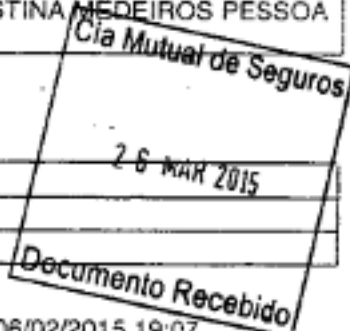


### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| Data                | Fluxograma                | Discriminador | Risco   | Profissional             |
|---------------------|---------------------------|---------------|---------|--------------------------|
| 06/02/2015 17:53:00 | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES | DOR INTENSA   | LARANJA | CRISTINA MEDEIROS PESSOA |

### EXAME

RAIO-X PERNA E AP/P (0204060168)  
RAIO-X JOELHO D AP/P (0204060125)  
RAIO-X OMBRO D AP/AXILAR (0204040116)



Médico: JOSE THIEFESON SERPA DA SILVA

Data: 06/02/2015 19:07

| Prescrição                      | Aprazamento |
|---------------------------------|-------------|
| TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV |             |

Médico: JOSE THIEFESON SERPA DA SILVA

Data: 06/02/2015 18:14

| Prescrição                        | Aprazamento |
|-----------------------------------|-------------|
| PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV |             |

# EVOLUÇÃO

| Data Cadastro | Usuário Cadastro | Descrição |
|---------------|------------------|-----------|
|---------------|------------------|-----------|

## ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta Conduta

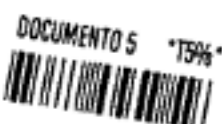
☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Cia-Mutual de Seguros  
26 MAR 2015  
Documento Recebido





Cia Mutual de Seguros

26 MAR 2015

Documento Recebido  
DENHIAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ROSTRO 465191206 00000000000 2014

VEICULO ALICANTARA-DEG-SEMITES

FORTALEZA/CE

64218694320 9C2JC9110CR515926

64218694320 9C2JC9110CR515926

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

2P/OCV/124CC FANTIC PRO PROPRIO

1 224 LITROS 224 LITROS 224 LITROS

V 224 LITROS 224 LITROS 224 LITROS

A 224 LITROS 224 LITROS 224 LITROS

200 73 1.1 2.52 0.0 1.03 0.0 2.03

\*\*\*\*\* OBSERVAÇÕES \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

CE Nº 011431902521 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

64218694320 9C2JC9110CR515926

64218694320 9C2JC9110CR515926

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

2P/OCV/124CC FANTIC PRO PROPRIO

1 224 LITROS 224 LITROS 224 LITROS

V 224 LITROS 224 LITROS 224 LITROS

A 224 LITROS 224 LITROS 224 LITROS

200 73 1.1 2.52 0.0 1.03 0.0 2.03

\*\*\*\*\* OBSERVAÇÕES \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

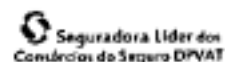
\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

PROPRIETARIO  
LOTE/DOCS/SEGURADORA LIDER DPVAT 71  
MOTOR 9C2JC9110CR515926  
www.segurodetransito.com.br

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## SINISTRO

Número do Sinistro: 3150270185

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Data do Acidente: 06/02/2015

CPF: 957.460.133-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE SILVA CASTRO

Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

## DOCUMENTOS DO SINISTRO

| Documento                             | Status     | Motivo | Comentário |
|---------------------------------------|------------|--------|------------|
| Boletim de ocorrência                 | Entregue   |        |            |
| Certidão de casamento                 | Dispensado |        |            |
| Certidão de inexistência de IML       | Entregue   |        |            |
| Certidão de nascimento                | Dispensado |        |            |
| Comprovação de ato declaratório       | Dispensado |        |            |
| Declaração do Proprietário do Veículo | Dispensado |        |            |
| Documentação médico-hospitalar        | Entregue   |        |            |
| Documentos de identificação           | Entregue   |        |            |
| DUT                                   | Entregue   |        |            |
| Laudo do IML - Lesões corporais       | Dispensado |        |            |
| Outros                                | Dispensado |        |            |

## DOCUMENTOS DAS PESSOAS

| Documento                                    | Status     | Motivo | Comentário |
|----------------------------------------------|------------|--------|------------|
| <b>BENEFICIÁRIO - ALEXANDRE SILVA CASTRO</b> |            |        |            |
| Alvará judicial                              | Dispensado |        |            |
| Autorização de pagamento                     | Entregue   |        |            |
| Comprovante de residência                    | Entregue   |        |            |

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

## Portador da documentação entregue

Data: 26/03/2015

Nome: ALEXANDRE SILVA CASTRO

CPF:

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 26/03/2015 11:11

Nome: Sandra Ferreira Lima Schettini

CPF: 106.187.098-78

ALEXANDRE SILVA CASTRO

Sandra Ferreira Lima Schettini

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150270185 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO **Data do acidente:** 06/02/2015 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/04/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO DIREITO E NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA (BAM INCONCLUSIVO)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150270185 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEXANDRE SILVA CASTRO **Data do acidente:** 06/02/2015 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

## PARECER

**Diagnóstico:** ECORIAÇÕES/ CONTUSÃO NO HALUX ESQUERDO, NO JOELHO DIREITO E NO OMBRO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DISCRETA DA FLEXÃO DO HALUX ESQUERDO, LIMITAÇÃO ALGICA DO OMBRO DIREITO E DO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDÃO ESQUERDO  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com seqüela

**Data da perícia:** 17/04/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                         | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros                       | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Perda completa da mobilidade de um joelho                           | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 30 %      | R\$ 4.050,00          |

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

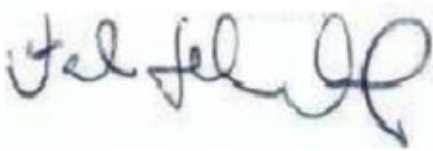
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# 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: 22/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE SILVA CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02183

CONTA: 000000078498-6

---

Nr. da Autenticação 48F88EE5C00DA3BA