

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180427094

Vítima: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180427094**

**Vítima: FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GERUSA DOS SANTOS GARCIA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180427094**

Vitima: **FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **23/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GERUSA DOS SANTOS GARCIA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427094.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180427094**

Vitima: **FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **23/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GERUSA DOS SANTOS GARCIA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180427094**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

613.196.793-82

Nome completo da vítima

Francisco Alan Beserra da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco Alan Beserra da Silva 613.196.793-82	613.196.793-82	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Lazenda Ratós		
Bairro	Cidade	Estado
	Fluxenmeirim	CE
Email	CEP	Telefone (DDD)
gerusasantos2019@gmail.com	63.800.000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA          | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

2843

013.00024955 2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Francisco Alan Beserra da Silva

Local e Data

01 JUN 2018

RECEBIDO

Francisco Alan Beserra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ

Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá

Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renascer) 261 700715 30351.

Nº Atendimento / Classificação

072-032.

## FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 17:14 Data de atendimento: 23/02/18  
 Atendimento:  1º atendimento  2º Atendimento  Previdenciário  Outro

## TRIAGEM

Hora: 17:15

Temp: — °C

P.A: 130 x 80 mmHg

P: — bpm

SpO2: —

Rx: —

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Alan Benno da Silva

Responsável (se menor):

Sexo:  Masc  Fem Data de nascimento: 12/04/95 Idade: 22 Naturalidade: Quixadá/CEEstado civil:  Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a) Profissão: AgricultorCategoria:  SUS  Outro RG/Cartão SUS: 160 247 82329 0002-1 Procedência: Quixadá/CE

Residência: Fazenda Patos Quixeramobim - CE

## ATENDIMENTO

Qualixa principal: = POCETE APPresentante

Histórico atual: constante no perito Doutor

Exame(s) solicitado(s): Exames a combinar de mês.

Assinatura e Carimbo Médico



① Dimanche 2. 1840 En e 11:58  
② RX de la peine Esquille





## PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS

## HOSPITAL REGIONAL

## DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM

FONE: (88) 3441-1353 - FAX: (88) 3441-4009 - E-mail: hosp.regionais@hotmail.com Quixeramobim-CE



Dr. Pontes Neto

LAUDO  
MÉDICO PARA  
EMISSÃO DE  
AIH

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Larissa Plan Bezerra da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

91.895

7 - CARTÃO SUS

1161041417181213121910002

8 - DATA DE NASCIMENTO

11210411919151

Mas:  Fem:  3

9 - NOME DA MÃE DO REFERENTE

Maria Jose Bezerra da Silva

10 - TELEFONE DE CONTATO

02

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)

Taquaruza Pará

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Quixeramobim

14 - CÓDIGO IGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Início de dor de cintura intensa lombo-lombalgia, apresenta fratura diafisária de Tibia e Fratura

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAR INTERNACÕES

Fratura de Cintura / Necessidade de procedimento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME)

Anormal + Rx. + Rx. + Rx. - X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Tibia Fechada

21 - CID-10 PRINCIPAL

22 - CID-10 SECUNDÁRIO

23 - C 21 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CRM / RIC

CRM/CE

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Internação

28 - DOCUMENTOS

1 CNS 1 CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

012101715171171318101

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Pontes Neto

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/01/18/01/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

SS

33 - 1) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - 1) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CDOR

35 - 1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1) EMPREGADO

1) EMPREGADOR

37 - AUTORIZAÇÃO

1) AUTÔNOMO

1) DESEMPREGADO

1) APOSENTADO

1) NÃO SEGURADO

38 - NÚMERO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

39 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

1 CNS 1 CPF

40 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

19 JUN 2018

41 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

RECORTE

42 - CÓD. INSCRIÇÃO EMISSOR

43 - NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE

INTERNACÃO HOSPITALAR





**ESTADO DO CEARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**  
SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS  
**HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO**

FONE: (88) 3441-1253 - FAX: (88) 3441-4009 - e-mail: hosp regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE

HOSPITAL REGIONAL  
Dr. Pontes Neto

## **FOLHA DE OPERAÇÃO**

Francisco Júnior Lemos de		Nº REG.
DATA OPERAÇÃO	05/06/14	ENF.
OPERADOR	1º Oficial	1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA	TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Extensão da fústula do trânsito E	
TIPO DE OPERAÇÃO	Extensão da fústula do trânsito E	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	Extensão da fústula do trânsito E	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">           SABEMI SEGURADORA S/A            14 JUN 2014            RECEBIDO         </div>	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA		
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS		
1) Pele e subcutâneo com 10 mm de espessura 2) Músculo com 10 mm de espessura 3) Fígado com 10 mm de espessura 4) Síntese da fústula E 5) Fáscia com 10 mm de espessura + fixação 6) Sutura com 10 mm de espessura + 4,5 mm estrutural (10 mm) = 10 mm de espessura + 10 mm de largura 7) Fáscia com 10 mm de espessura		
8) Fáscia com 10 mm de espessura 9) Músculo com 10 mm de espessura 10) Pele e subcutâneo com 10 mm de espessura		





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUixeramobim

SISTEMAS DE INFORMACI<sup>O</sup>N  
HOSPITAL REGIONAL DR. HORSTES RETO  
46010-3641 13341-5000 (25) 3611.4002  
E-mail: [horstes@uol.com.br](mailto:horstes@uol.com.br) - Rio Claro/SP - CE



ESTADO DO CEARÁ  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL  
Dr. Spates Neto

65. 03 18.0007

## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

beginning of the summer to the first no frost  
in town until mid-July, reflected in the 1900-1901  
annual report of the State Climatologist. The  
first frost in October 1900, however, was reported  
as occurring on Oct. 15, 1900, at the same time as  
the first frost in 1901.

4. 18.15h - Pts no transoperatório da TTO (apenas  
ch. Fístula) da TTS e sob Rxg - auscultação  
PA = 830x40 e da FC = 66 bpm - SpO<sub>2</sub> = 99%  
LARANJEIRA do AMOR D'ÁGUA (Cachorro)  
Entomoma  
CONSELHO 03-03-075

Laserilogo do Amor-Diário Católico  
Entomologico  
COSMETICOS 475.

13/3/2018 Pocinho Reitoria em 20:45 da S.C em P.O por protocolo  
de intimação. Signe estabelece comentários e encaminha o nome Denevans Veríssimo  
para recesso e reação Denevans. Em Detalhamento de encaminhador Denevans  
e demais nomes nenhuma reação — D —

06 '03 2018 (MT)

Pacte le encontro no dia 10 por fissuras de fibra, removida  
do churrasco refresco que não tem sabor.

COREN - 3777

07/03/2018 (MT)

J. A B de 22a. yonch 2-70 Non fraturado. ~~Urgencia~~ <sup>Repetida</sup> Anovales curativo P.O. Limpieza y cincelado de secreciones. Irrigación con 5 NH<sub>3</sub>S eliminación de moléculas presentes. Mantener MIE elevada.

**Enfermeira**  
**COREN - 32112**

SASEMI SEGURODORAS S.A.

19 JUN 2018

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

## **EVOLUÇÃO PACIENTE**

Nome: F.º Alvaro Bezerra da Silva. 1.53

23.02.18 - paciente, 32 anos, H.O. fratura da tíbia. Onde de Guixade, residente em São Bernardo, vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura da tíbia fechada com indício de tratamento cirúrgico conforme anotação do traço metacôndrata. Em anexo paciente de Rx Enunciado na C.C ap. H-20.

Mario BOTTI FILHO  
ENFERMEIRO  
COREN-CE: 497-163

93 05-18. W. S. 1963

~~20100118 (24m)~~

Pete 22 u, HQ Frat. linea. Comercio, orientado, los cuáles no manejan. Cuenta millo. Son preparados. Los que tienen

27/05/18 (PT) - Paciente, no 3º dia pós op. fratura de  
mão esq. com, acetancio clínico b. com exame que  
perdeu apreensão - 100

卷之三

Maurice Béjart a été nommé directeur de l'Opéra Garnier en 1989.

26/02/2012 (UTC)

F. A. B. S. é lsg no 4-2514 por fractura de fórmula 6.2m que se  
operou. Aguarda cirurgia: Dr. Mário Vilela N. Pinto

Enfermeira  
COREN - 321

CORRI

04/03/2018

J. A. B. ♂ 32a. Pacie realizou RX de controle e ófuscação  
os pertences para os id. 20 e sobre portador de fumante

EMERGÊNCIA  
CORON. 7241



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180262118      **Cidade:** Quixadá      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA      **Data do acidente:** 23/02/2018      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 26/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM do médico:** 52.45228-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".