

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO II E V METATARSOS E II PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DO PÉ DIREITO ++/4+, DEFORMIDADE ÓSSEA GRAVE DO I E II PODODÁCTILO DIREITO, CICATRIZES IRREGULARES E RETRÁTEIS NO DORSO DO PÉ DIREITO E BLOQUEIO ARTICULAR GRAVE DO I, II E V DEDOS DO PÉ DIREITO E MODERADO DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE 2019, COM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/02/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PÉ DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 25% DO PÉ DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR (3180080598). SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190099616

Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 11 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190099616**

Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

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



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190099616

Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

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

Recebedor: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000123779-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	051.056.533-60	Daniel Ramon Saraiva Pereira

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

Nome completo:	CPF:
Daniel Ramon Saraiva Pereira	051.056.533-60
Profissão:	Número:
Motoboy	00198
Endereço:	Complemento:
Rua Pero Vaz	
Bairro:	Cidade:
Messejana	Fortaleza
Estado:	CEP:
Ceará	60841270
E-mail:	Tel. (DDD):
Danieldograu365@gmail.com	(35) 997349325

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2558 <input type="checkbox"/> CONTA: 123779 <input type="checkbox"/> 0 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: Investprev Seguradora S/A <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data: Fortaleza - CE, 05/02/2019
 Nome: Daniel Ramon Saraiva Pereira
 CPF: 051.056.533-60

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Ramon Saraiva Pereira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se à dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 201931991

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 145 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **14/01/2019 13:00:56**Data / Hora da Ocorrência: **04/11/2018 15:30:00**Endereço da Ocorrência: **RODOVIA 4º ANEL VIARIO**

Complemento:

Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA**Nascimento: **09/08/1996** CPF: **051.056.533-60**RG: **20072496759**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA****AURELANDIO FIRMINO PEREIRA**Endereço: **RUA PERO VAZ, 198 085.986657990**Bairro: **MESSEJANA**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**CEP: **60.841-270**Telefone: **(85) 99734-9325****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **POR0896** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KC2210JR033122** Renavam: **1161231410** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN** Ano Fabricação:**2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**Proprietário: **DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA POR-0896 NA RODOVIA 4º ANEL VIÁRIO QUE AO ULTRAPASSAR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS A VITIMA COLIDIU COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU NA FRENTE DA VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

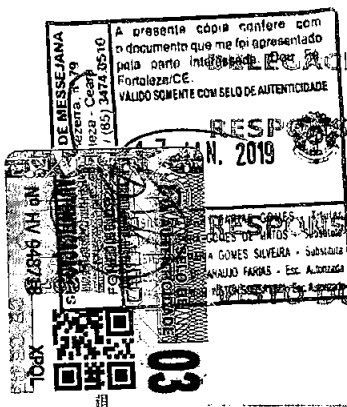
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGADO(A):

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	051.056.533-60	Daniel Ramon Saraiva Pereira

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

Nome completo:	CPF:
Daniel Ramon Saraiva Pereira	051.056.533-60
Profissão:	Investprev Seguradora S/A
Motoboy	
Endereço:	CEP:
Rua Pero Vaz	00241270
Bairro:	Cidade:
Messejana	Fortaleza
Estado:	CEP:
Ceará	051056533-60
E-mail:	CPF:
Danieldograu365@gmail.com	(35) 997349325

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

CPF: 051.056.533-60

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2558 <input type="checkbox"/> CONTA: 123779 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa a renúncia à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data: Fortaleza-CE, 05/02/2019

Nome: Daniel Ramon Saraiva Pereira

CPF: 051.056.533-60

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniel Ramon Saraiva Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 5042474	Nº DO BE 310246	
ADUS 700801963235786	NASCIMENTO 09/08/1996(22 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO	
NOME MÃE FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA		NOME RESPONSÁVEL 85-98665-7990		
ENDEREÇO RUA PERO VAZ 198 MESSEJANA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO (85) 99698-1254		CEP 60.841-270		
OCORRÊNCIA				
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
MOTIVO QUEDA DE MOTO		AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA		
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS				
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/11/2018 16:28:36
CLASSIFICAÇÃO VERDE				
ÁREA ATENDIMENTO				
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE <i>Pré vítima de acidente de moto a frente de carro antes de ser atingido 113 de ppe para, dno. Dr. Zandra Maria C. F. Reis Rx. se faltar</i>				
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		
SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS		Prescrição Médica <i>Investprev Seguradora S/A</i>		
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES
<i>Acumule para</i>				05 FEV 2019
				CNPJ: 42.366.302/0001-28
TIPO DE ALTA/SAÍDA				
ALTA/SAÍDA: <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS				
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				

Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 04/11/2018 16:28:36
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Realizada sutura

Dr. Victor Monteiro
Cirurgia Geral
CRM - CE 17.298

14 13 18
80610

0005071619 00077 39792 87



**A gente chega junto
na hora de garantir os
presentes de Natal.**

FORTBRASIL
O crédito que chega o tempo.

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cartão

FORTBRASIL
É CRÉDITO. É SIMPLES. É PRA VOCÊ.



CTGE FORTALEZA CE PL2
MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA
TRAVESSA CASTANHOLA 51 PX FORT MOTOS
COUTO FERNANDES
60442-000 FORTALEZA CE



7214112779700230000001994630301118



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190099616

Nome do(a) Examinado(a): DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA PERO VAZ, 198 - FORTALEZA/CE -
CEP 60841-270

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 0628445218 - DETRAN-CE. -
20/07/2018

Data e Local do Acidente : 04/11/2018 - FORTALEZA, CE.

Data e Local do Exame : 13/02/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 -
FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DO II E V METATARSOS E II PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE 2019, COM COMPLICAÇÃO.

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

MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DO PÉ DIREITO ++/4+, DEFORMIDADE ÓSSEA GRAVE DO I E II PODODÁCTILO DIREITO, CICATRIZES IRREGULARES E RETRÁTEIS NO DORSO DO PÉ DIREITO E BLOQUEIO ARTICULAR GRAVE DO I, II E V DEDOS DO PÉ DIREITO E MODERADO DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PÉ DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO, PELO EDEMA, CICATRIZ RETRÁTIL, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

PÉ DIREITO.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Ivanira Santos da Costa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.212.103/72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Ramon Saraiva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.056.533/60, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Daniel Ramon Saraiva Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.056.533/60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

05 FEV 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Travessa Castanhola</u>		Número <u>51</u>	Complemento
Bairro <u>Couto Fernandes</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>Ceará</u>	CEP <u>60442000</u>
Email <u>ivanira.ssantos@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(85)992659285</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85)991664420</u>

Fortaleza/CE, 05 de fevereiro de 2019
Local e Data

Maria Ivanira Santos da Costa Silva
Assinatura do Declarante

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Daniel Ramon Sousa Pinheiro

vítima de acidente de trânsito, em 04/11/18, sofreu:

*Fratura da 5ª metáfase distal
C(1) - S92.3*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Cirurgia, redução e fixação
da fratura
medular*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dores e desconforto no
membro inferior, edema crônico
do membro e desconforto ao
deambular, no cotidiano
realizar atividades com dores
e dificuldades físicas. Freqüente
conforto através do deambular,
marcha claudicante, dificuldade
de locomoção. Comprometimento
funcional. Prejudicado em
70% das funções.
Não mede acurácia*

05/07/2019

Fco. Mardônio Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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 <i>Dr. Daniel Simon Samia</i>	6 - Nº PRONTUÁRIO <i>3042474</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>7000801963235786</i>	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>09/03/96</i>
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>FRANCISCA ESPERANCA SAMIA</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Paulo Cruz 128/ P. 5323004</i>	12 - CID - 10 <i>F00.0</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>FDP-CE</i>	14 - COD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente c/ história de trauma no 9º do abdômen e fratura no pé. Retorno para H.R. com lesões claudicantes. Hoje volta c/ sintomas no pé e suprapúbicos</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>As condições são</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Melhor + GRT</i>	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Adm. Fratura K</i>
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento clínico</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CDBR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Investprev Seguradora S/A

GRAT. HDECO - 05/FEV/2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARRIOS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE Daniel			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO 58
INÍCIO DO TRATAMENTO 14/11/18	DATA DA ALTA 28/11/18	DATA DO RETORNO 10/12/18	MÉDICO(A) PARA RETORNO D. de A. S.

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Opaco

DIAGNÓSTICOS

Arterio-espasm. do HTA - foliar

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS

EC

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cinepr

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AtorH + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

28.11.18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PACIENTE: <u>Daniel Ramon Silva</u>			
DATA OPERAÇÃO: <u>27/11/18</u>	ENFERMARIA:	LEITO: <u>38</u>	
1º AUXILIAR: <u>Carolina</u>		2º AUXILIAR: <u>Ronelo</u>	
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:		
ANESTESISTA: <u>Edna</u>		TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura U. rectang. f. 2.º metacarpo</u>			
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Tetraplano fixação luxação U. 2.º metacarpo</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>OK</u>			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: <u>OK</u>			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: <u>OK</u>			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: <u>OK</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Anestesia
- 2) Exame
- 3) Lavagem do campo
- 4) Posicionamento
- 5) Redução luxação
- 6) Fixação com al. fio de Kirschman 1/8
- 7) Redução com Rx
- 8) Drenagem
- 9) Sutura
- 10) Curativo

Leonardo Pierre Quental
Cirurgião de Pé e Tornozelo
CRM 114 - RQE 4538

27/11/18
R. Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITUAÇÃO

1655851919

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1655851919

PROIBIDO PLASTIFICAR

1655851919

CEARA

Nome: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 20072496759 SSPDS CE

CPF: 051.056.533-60 DATA NASCIMENTO: 09/08/1996

FILIAÇÃO: AURELIANDIO FIRMINO PEREIRA FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA

PERMISSÃO: ACC: CATHAR: AB

Nº REGISTRO: 46218445218 VALIDADE: 10/10/2019 1ª HABILITAÇÃO: 02/12/2014

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO.

Assinatura do Portador: Daniel Ramon Saraiva Pereira

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 20/07/2018

84178065800
CE166008290

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO MORAL E FÍSICA



Polegar Direito



Maria Ivanira Santos da Costa Silva

ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

19/04/1975

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 94005015861

NOME MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ RODRIGUES DA COSTA
FRANCISCA GUILHERME DOS SANTOS

NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO 19/04/1975

DÓC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 2 ZONA TERMO: 41132 FOLHA: 91 V
LIVRO: B-72 FORTALEZA - CE
CPF: 762.212.103-72

P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2 VIA

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014058515623
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDO 01 1161231410 100000000000 2018

DANIEL TAMIOM SARAIVA PEREIRA

FORTALEZA/CE

05105653360

POR0896

1161231410

9CZPC2210JR090122

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

AP/POT/CIL 2P/65V/162CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

PARCELAMENTO/COTAS

PARCELAMENTO/COTAS

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IQF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATÓRIO 00/00/0000

AL FID ADMIN DE CONS NACIONAL HOND

A LTDA DOCUMENTO DE FOMENTO CUBICAT

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

FORTALEZA

LOCAL

DATA

10/08/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA QUINÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 014058515623

BILHETE DE SEGURO DPVAT 2018

05105653360

POR0896

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

014058515623

SAC DPVAT 0800 022 1204

71871860619

2018

10/09/2018

01 05105653360

POR0896

1161231410

HONDA/CG 160 TITAN

2018

09

9CZPC2210JR090122

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IQF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

DESPACHANTE

LOTE/DOS 00580038

MOTOR: KC22E1J033196 0608/0001-04

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO II E V METATARSOS E II PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DO PÉ DIREITO ++/4+, DEFORMIDADE ÓSSEA GRAVE DO I E II PODODÁCTILO DIREITO, CICATRIZES IRREGULARES E RETRÁTEIS NO DORSO DO PÉ DIREITO E BLOQUEIO ARTICULAR GRAVE DO I, II E V DEDOS DO PÉ DIREITO E MODERADO DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE 2019, COM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/02/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM PÉ DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 25% DO PÉ DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR (3180080598).
@(PÁG.2)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Daniel Ramon Saraiva Pereira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motoboy, residente e domiciliado à Rua Pero Vaz, nº 00198, bairro Messejana, Município de Fortaleza, Estado de(o) Ceará, Cep: 60241-270, portador(a) do Rg nº 20072496759, SSP/CE e CPF nº 051.056.533-60.

Outorgado: Maria Ivanira Santos da Costa Silva, brasileiro(a), estado civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado(a) à Rua Travessa Castanheira, nº 51, bairro Couto Fernandes, Município de Fortaleza, Estado de(o) Ceará, Cep: 60442-000, portador(a) do RG nº 94005015861, SSP/CE e CPF nº 762.212.103-72.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) _____, ocorrido em 04/11/2013, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Investprev Seguradora S/A

Fortaleza - Ceará, 17, de janeiro

05 FEV 2019
de 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Certório de
Messejana

Daniel Ramon Saraiva Pereira

Outorgante

CPF Nº 051.056.533-60

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO REGISTRAL DE MESSEJANA | SILVANA MARY FARIAS GOMES - Oficiala
Rua Coronel Joaquim Bezerra, nº: 79 • Fones: (85) 3229-1911 / (85) 3474-0510 • CEP: 60842-010 • Messejana
Fortaleza • Ceará • e-mail: cartoriomessejana@veloxmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA (9828024763047) 3
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Hou fé.
Fortaleza, 17 de janeiro de 2019.

Em testemunho da verdade
STEFANIA MARY GOMES SILVEIRA (Oficial Substituta)
Valida e certa com o selo de autenticidade
Total R\$ _____

Stefania Mary Gomes Silveira
SUBSTITUTA
Serviço Registral de Messejana
CARTÓRIO DE MESSEJANA
Messejana - Fortaleza - Ceará

02
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº CL 980226

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042936/19

Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

CPF: 051.056.533-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA : 762.212.103-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA : 051.056.533-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/02/2019
Nome: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA
CPF: 762.212.103-72

MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

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: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000123779-0

Nr. da Autenticação 9497BE7B1AE8BC62