

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180543084**

Nome do(a) Examinado(a): **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA VERA CRUZ 187, PIRAMBU**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **07008005309, DETRAN-CE**

Data e local do acidente: **20/05/2018, FORTALEZA, CE**

Data e local do exame: **10/12/2018, FORTALEZA, CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo cranioencefálico, fratura complexo ziomártico, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz.

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

A avaliação do estágio clínico atual demonstra que após a realização dos tratamentos cirúrgico, fixação com placa e parafusos complexo ziomártico, o periciado apresentou melhora do seu quadro inicial. Resta apurada a existência de sequela permanente na estrutura craniofacial, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame da estrutura craniofacial: apresenta assimetria de face à direita e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação temporo mandibular e da maxila, decorrente do desvio, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Má oclusão olho direito, com prejuízo do campo de visão deste olho. As restrições repercutem na estrutura crânio facial com um todo. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

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

Sim Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não.

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

Lesão de órgãos e estruturas crânio faciais.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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 (*).

() “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 (Sequela): Estrutura craniofacial - LEVE - 25%

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% 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.


Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @&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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico, fratura complexo ziomártico, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial: apresenta assimetria de face à direita e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação tâmporo mandibular e da maxila, decorrente do desvio, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Má oclusão olho direito, com prejuízo do campo de visão deste olho. As restrições repercutem na estrutura crânio facial com um todo. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial da lesão, traumatismo crânioencefálico, fratura complexo ziomártico, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz, conforme exame de Documentos de pronto atendimento de 20/05/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos cirúrgico, fixação com placa e parafusos complexo ziomártico. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo da função mastigatória e do campo visual. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial.

Sequelas permanentes: Lesão de órgãos e estruturas crânio faciais, com prejuízo da função mastigatória e de campo visual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Antônio Júlio Romero Quintanilha

CRM do médico: 5019

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Antônio Júlio Romero Quintanilha'.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

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

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO : 053.886.483-46

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: 19/11/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANDERSON RODRIGUES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180543084**

Vítima: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANDERSON RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543084**.

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, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180543084

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON RODRIGUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

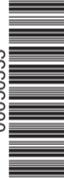
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180543084**

Vítima: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANDERSON RODRIGUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180543084** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

Nome completo da vítima

053.886.483-46

Tiago Soares do nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Tiago Soares do nascimento		053.886.483-46	desvanece-se
Endereço		Número	Complemento
Sua Vaca Brava		187	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Pitambeu	Fortaleza	Ceará	60311-260
Email	Telefone (DDD)		
	135198537-6041		

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<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"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
0920	D/V	0920	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
44535	9		

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.

 Fortaleza, 19 de Outubro de 2018
 Local e Data

Tiago Soares do nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Impresso nº 2018126132

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4302 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/10/2018 09:57:21**
Data / Hora da Ocorrência: **20/05/2018 15:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS**
Complemento:
Bairro: **CRISTO REDENTOR** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO SOARES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **28/07/1992** CPF: **053.886.483-46**
CNH: **07008005309** Orgão Emissor: **DETTRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO**
Endereço: **RUA VERA CRUZ , 187**
Bairro: **PIRAMBU** CEP: **60.311-260**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98956-1955**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OZA5118** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670FR525625** Renavam: **1063772319** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 START** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **FRANCISCO ROBEVAGNER NASCIMENTO LEAO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OZA-5118-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

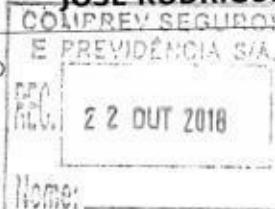
Tiago Soares do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 03/10/2018 10:07:51



Pág. 1 de 1

Impresso em: 03/10/2018 10:07:51

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Tiago Soares de nascimento</i>	<i>053.886.483-46</i>	<i>20.05.2018</i>

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Soárez 19 de Outubro de 2018
 Local e Data

Tiago Soares de nascimento
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00920

CONTA: 00000044535-9

Nr. da Autenticação 13DAF8C04AE5A8B6



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Tiago Soares do Nascimento - C.P.F. 053.886.483-46**, no dia **20/05/2018**, às **16h11min**, na **Rua Nossa Senhora das Graças**, no **Bairro Cristo Redentor**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P346879/2018**.

Fortaleza, 13 de setembro de 2018.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1
Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1



P-346879/18



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: UST 96 PONTO DE APOIO: HMF N° DA OCORRÊNCIA: 01798
 DATA: 20/05/18 TURNO: MT EQUIPE: Odalys e Sícares
 NOME: THIAGO SOARES DO NASCIMENTO IDADE: 24 SEXO: M
 ENDEREÇO: Rua Senhor das Chaves, 1192
 REFERÊNCIA: 16:04 QDS: 16:31 QUR: 16:30 QUY: 16:50 QUU: 17:30
 QTY: 16:04 BAIRRO: Centro
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Cefaléia, mal devido

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)										
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE									
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE												
A visão direta	<input type="checkbox"/> PÉRVEAS <input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:											
B respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	AUSCULTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA:									
C circulação	PULSO <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	PELE <input type="checkbox"/> CORADA <input checked="" type="checkbox"/> SUDOREICA <input checked="" type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	ENCHIMENTO CAPILAR <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	SANGRAMENTO EXTERNO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
D neuroológico	LOCAL: RADIAL	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)	<table border="1"> <tr> <td>ABERTURA OCULAR</td> <td>RESPOSTA VERBAL</td> <td>RESPOSTA MOTORA</td> </tr> <tr> <td>ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input checked="" type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1</td> <td>ORIENTADO (A)/SORRI (P) CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) NENHUMA</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>TOTAL: <input type="checkbox"/> 9</td> <td>NENHUMA</td> <td>OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input checked="" type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANÔMALA <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANÔMALA <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> </table>		ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input checked="" type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	ORIENTADO (A)/SORRI (P) CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	TOTAL: <input type="checkbox"/> 9	NENHUMA	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input checked="" type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANÔMALA <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANÔMALA <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA											
ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input checked="" type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	ORIENTADO (A)/SORRI (P) CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1											
TOTAL: <input type="checkbox"/> 9	NENHUMA	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input checked="" type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANÔMALA <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANÔMALA <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1											
	PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADAS:												
E exposição	ADULTO 	LESÕES TCG MODERADO + HEMATO ME PERIORBITAL DA DIREITA GTMV Pr. Ellsabeth	PEDIÁTRICO 										

SAMPLA

FC: 109 PA: - x FR: - GLIC.: - OXIM.: 99 TEMP: 36,1°C
 HISTÓRICO: N/A TÉMPS E NÓ DESTOCAMENTO, ALGA UD. DE 13 MINUTOS
 ALCOÓLICAS

COMPRAV. SEGUNDO
E PREVIDÊNCIA
DATA: 22 OUT 2010
Nome: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente, rapaz colisão moto x moto, não portava capacete, cavaleti-sec/ rebanqueiro do motor. FICA A CHAMADA para substituir a drenagem com 500ml de Ringer. Apresenta um dano intenso durante o deslocamento, desabilitado e caiu no caminhão de ICP.

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: ICP CENTRO

BOLETIM EMERG:

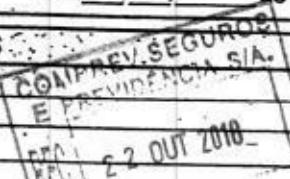
- LIBERADO RÉCUSA REMOVIDO POR TERCEIROS
 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

GS POSA

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES



LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU,

RG/CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



Nº de Inscrição:

001345974

DADOS DO CLIENTE

Nome: KARINE CAVALCANTE DE OLIVEIRA SOUSA
 End. Lote: RU VERA CRUZ, 187, PIRAMBU

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60311-260

UF: Ceará

Estado:

Local: 001	34um: 038	Quintal: 0120	Lote: 0176	CEP: 00000
	Subsídio: 00	Sobras: 00		

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Plano: 000
------------------	----------------	-----------------	------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDOR

Serviço: ÁGUA	Medidor: A11F312831	Lerida Anterior: 768	Lerida Atual: 777	Volumen: 9	Média Semestral: 8
---------------	---------------------	----------------------	-------------------	------------	--------------------

DATAS

Lerida Atual: 17/08/2018	Entrega: 17/08/2018	Lerida Águas: 3248227
Lerida Anterior: 17/07/2018	Próxima Lerida: 17/09/2018	Lerida Esgoto: 234834

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 06/2018

Nº da Amostra	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
533	533	126	533	533	533
567	567	565	564	564	564
561	560	541	550	550	550

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.

Constatamos débito de R\$ 69,62. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	ESGOTO		Mes/Ano	Águas (m ³)	Esgotos (m ³)
		24,40 19,52	jun/18 jul/18	7 6	5 4

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,42	VALOR DO SERVICO	68,30
COFINS	2,09	VALOR DO SUBSÍDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	43,92
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
08/2018	06/09/2018	43,92	

ONDE PAGAR SUA FATURA

I:356615074556569 L:0254 H:09:20:02 R:158 P:001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: Pagfácil.
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 mobile

contumaxbr.com.br
 E-mail: E-mail: contumaxbr@contumaxbr.com.br

155
 0800 275 0195

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
 Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; GASC: 3101.1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDERSON RODRIGUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.926.547-35,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tiago Soares do nascimento inscrito
 (a) no CPF sob o N° 053.886.486-46 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima
Tiago Soares do nascimento inscrito (a) no CPF sob o N° 053.886.483-46, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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>RUA ITAREMA</u>	Número	<u>738</u>	Complemento
Bairro	<u>CASTELÃO</u>	Cidade	<u>FORTALEZA</u>	Estado <u>CEARA</u> CEP <u>60703630</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(85) 9853760041</u>

FORTALEZA, 19 de Outubro de 2018
 Local e Data

Anderson Rodrigues
 Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Franisco Rosevagner Nascimento (GÁO),
RG nº 2003010202302, data de expedição 15/03/2004
Órgão SSP/SC, portador do CPF nº 076.100.443-30, com
domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SANTA ELIZA, nº 930,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Tiago Soares do Nascimento cujo o condutor era
Tiago Soares do Nascimento.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 START

Ano: 2015

Placa: 02A 6118

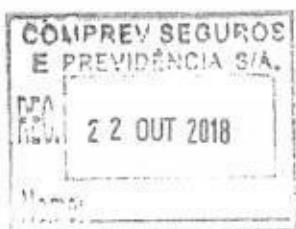
Chassi: 9C2KC1070FR525625

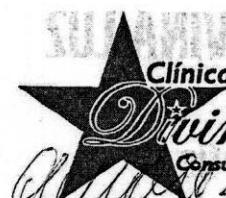
Data do Acidente: 20/05/2018

Local e Data: Fortaleza 19, 10, 2018


Francisco Rosevagner N. L. Gáo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Dr. Amando Pereira de Sena Filho

CREMEC 1279

Neurologista

ESTE STADO MÉDICO =

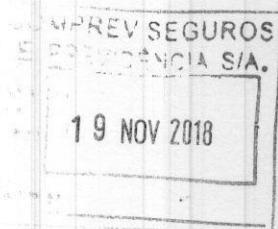
ATESTO, PARA OS DE-
VIDOS FNS, QUE O SR. T LACO
SOARES DO NASCIMENTO

RG=2002010444838-SSP-LE; SEGUN-
DO A MANIFESTAÇÃO E DOCUMENTOS
MÉDICOS, SOFREU TRAUMA AO
CRANIO-ENCEFALICO E FACIAL, COM
FRACTURA FRONTEAL, FRACTURA ORBITO-
ZIGOMATICO E OSSOS PÓS-FRATURA DO
MAXILAR, COM HEMATOMA EXTRA-
DURAL HEMORRAGIA ATUALMENTE
APRESENTA ASSIMETRIA FACIAL,
PARALISIA OCULAR DIREITA EXTERNA
COM DIPLOPIA. FAMÍLIA ANAMNESE
S/ HISTÓRICO DE AGUDOS - CED-10-
S=506.9 + 502.7 -> H53.2 + G52.0 -

Rua Dr. João Moreira, 327 - Centro (Ao lado da Santa Casa)
Fone: (85) 3454.1449 / 3458.1592 / 3045.1593

10/11/2018.

Dr. Amando Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista



Registro de Atendimento
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS	700001128399304	NOVEMBRO	TIAGO SOARES DO NASCIMENTO	RG	200801044838	DATA NASC.	28/07/1992	ESTADO CIVIL	SEXO	M	RAÇA/COR
CPF											
NOME DA MÃE			MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO			NOME DO PAI			N.C.		
TIPO DE LOGRADOURO			RUA			ENDERECO DO PACIENTE			Nº 64		
COMPLEMENTO						MUNICÍPIO			FORTALEZA		
						UF			CE	CEP	8000000
TELEFONE						TELEFONE					
PARECERES			ESPOSA			ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO			CBO DO EMPREGADO			CNPJ DO EMPREGADOR			CIDRIS DO PACIENTE		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO											
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas											
OJEIAS: Visão de colisão moto x moto com história de hematemese. Apresenta febre e sopro de sáratio. SAI: 94% em ambiente											
OBSERVAÇÕES:											
SINAIS VITAIS											
LOCAL DA OCORRÊNCIA			Área Pública			Ensaio de Dor			Fora		
PRIORIDADE DE ATENDIMENTO LARANJA											
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO											
ATENDIMENTO MÉDICO											

Anamnese:

Exame Físico

Diagnóstico:

11/09/2018
Eduardo informado

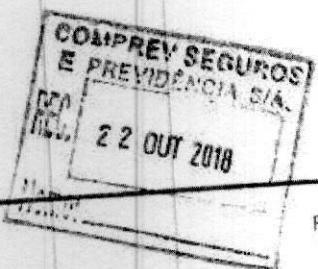
TEMPO NECESSÁRIO PARA
OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES
SOLICITADOS

ENCAMINHAMENTO DO
PACIENTE

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARMÉO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:





Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5238650

NOME: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1992

PAI: N.C

MÃE: MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO: 20/05/2018

DATA SAÍDA: 29/06/2018

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 20/05/2018, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO TCE. (GLASGOW 12); FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO, FRATURA FRONTAL, LE FORT II E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

ADMITIDO COM HEMATOMA PERIORBITAL DIREITO, GLASGOW 12, SONOLENTO, ORIENTADO.

TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO LAMINAR E MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE.

SEGUIU ESTÁVEL NA EMERGÊNCIA E TC DE CRÂNIO 04 DIAS PÓS-TRAUMA EVIDENCIOU PNEUMOENCEFÁLO.

EM 28/06/2018, FOI SUBMETIDO À OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR. OPERADO POR DR. JOSÉ MARIA.

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 29/06/2018

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 31/07/2018 (JOAQUIM/C).

Joaquim José

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME-IJF**

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

IJF- INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

Rua Barão do Rio Branco 1816 centro Fortaleza-Ce
CEP: 60025-061; PABX: (85) 3255-5000.

Fortaleza, 08 de junho de 2018

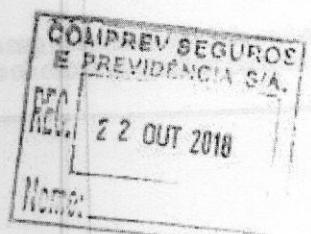
TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado, 25 anos, com história de queda de moto no dia 20/05/2018. TC de Crânio evidenciou TCE + Fraturas de ossos da face. Devido quadro atual foi optado por conduta conservadora, porém aguarda procedimento cirúrgico da Buco-maxilo-facial devendo permanecer aos cuidados da referida especialidade, com tempo indeterminado de permanência. Portanto, o paciente não possui capacidade de desempenhar suas obrigações laborais no momento.

MARCELL ALVES MACÉDO
MÉDICO- RESIDENTE-NEUROCIRURGIA
CRM-CE 14062

Marcell Alves Macêdo
Neurocirurgia-UF
CRM-CE 14062



Dados da reclamação

Protocolo: 2293965/2018

Reclamada: COMPREV SEGURADORA S.A.

Via: Internet

Data: 24/11/2018

Dados do reclamante

Segurado: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 053.886.483-46

UF: CEARÁ

Dados de contato

E-mail: arpendencia@outlook.com

Telefone: (85) 3231-3563

Endereço: RUA VERA CRUZ N 187

CEP: 60.311-260

Celular: (85) 98537-6041

Bairro: PIRAMBU

Cidade: FORTALEZA

Dados da denúncia

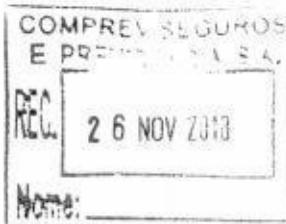
Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição dos fatos: Eu, TIAGO SOARES DO NASCIMENTO, com muita revolta insatisfação que venho através desta reclamação, relatar a minha indignação por parte da SEGURADORA COMPREV PREVIDÊNCIA S/A- FILIAL FORTALEZA CE e SEGURADORA LÍDER, cuja a falta de respeito para com o próximo, é público e notória. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180/543084, onde foi enviado toda a documentação exigida pela Seguradora LÍDER e em conformidade com a lei que regulamenta o Seguro Dpvat, acontece que a mesma está com cobranças abusivas de documentos médicos hospitalares, mesmo com toda documentação enviada, a SEGURADORA LÍDER continua com a exigência abusiva. Sendo importante informar que a referida SEGURADORA fechou um acordo com MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, de não pendenciar processos com essa exigência, pois os médicos tem uma normativa de não fornecer relatório que apontem sequelas permanentes para fins secundários com base no Conselho Nacional de Medicina, pois esta competência é restrita ao médico perito responsável!!! Portanto essa exigência viola o que foi determinado entre o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL e a SEGURADORA LÍDER através do T.A.C N 01/2012, Inquérito Civil n° 1.34.008.000022/2011-27 MPF! É revoltante na qualidade de segurado, em que me encontro com sequelas devido este acidente, como: TIVE TC de Crânio evidenciou TCE + fratura os ossos da fase, fratura do maxilar lado direito, fratura frontal do nariz, onde foi feito cirurgia conforme documentação enviada para seguradora, tive perna da visão e outros problemas, como perca de olfato e paladar. A seguradora pratica esta irregularidade de forma reiterada, descumprindo o prazo de 30 dias para todo tramite e liquidação, sendo que dependo do SUS e a unidade pública que obtive atendimento se recusa dar os formulário exigido pela seguradora , está comprovado tamanha falta de respeito com o cidadão e ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, o que deverá ser apurado, pois está claro que a intenção protelatória é de marcar a perícia e consequente mente não efetuarem o pagamento , o que tem que ser investigado para demais vítimas, para não serem prejudicadas, conforme várias denúncias de vítimas no site RECLAMA AQUI, MEU PROCESSO já havia sido negado uma vez. FIZ UM RECADASTRAMENTO, O QUE NÃO OBTIVE RESULTADO. SOLICITO o agendamento da perícia médica, para o devido pagamento. Me coloca à disposição para eventuais esclarecimentos. Caso não seja atendido a solicitação irei açãonar outros órgãos competentes para apurarem o que está acontecendo de fato.

O SAC da empresa Sim
 foi acionado?

Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3180543084

Encaminhamentos	Atendente	Data
<p>E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br</p> <p>Texto:</p> <p>Senhor (a) Ouvidor (a).</p> <p>Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.</p> <p>Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.</p> <p>Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui</p> <p>Atenciosamente, Superintendência de Seguros Privados - SUSEP</p> <p>AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO</p> 		24/11/2018 00:30:07



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1633165472

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ONG EMISSOR UF	2008010444838 SSP	CE			
CRV	053.886.483-46	DATA NASCIMENTO 28/07/1992			
PAUTAÇÃO					
MARINEIDE SOARES DO NASCIMENTO					
PERMISSÃO	ACC	CAHAB			
PERMISSÃO	████████	A			
Nº REGISTRO	07008005309	VALIDADE	22/02/2019	1ª HABILITAÇÃO	22/02/2018

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Tiago Soares do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 23/02/2018

Ismael VASCONCELOS PINTO

08410108185
CE161871321

ASSINATURA DO EMISSOR

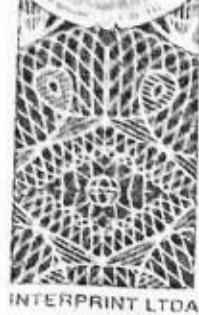
PROIBIDO PLASTIFICAR

1633165472

CEARÁ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1233117858

NOME
ANDERSON RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

6580463

MT

CE

CPF

095.926.547-35

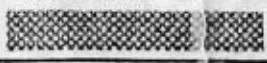
DATA NASCIMENTO

16/10/1980

FILIAÇÃO

JOSE FRANCISCO
RODRIGUES
MARILZA PEITUDO
RODRIGUES

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.



Nº REGISTRO

04438217220

VALIDADE

16/05/2018

1º HABILITAÇÃO

25/08/2008

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;



Anderson Rodrigues

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

21/12/2015

IGOR VASCONCELOS PONTE
IGOR VASCONCELOS PONTE

64023196618
CE151276129

ASSINATURA DO EMISSOR

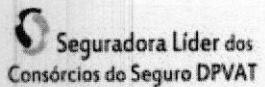
DETRAN-CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1233117858

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDERSON RODRIGUES : 095.926.547-35

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

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO : 053.886.483-46

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: 19/11/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

ANDERSON RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Número do Sinistro: 3180543084

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 26/11/2018
Nome: ANDERSON RODRIGUES
CPF: 095.926.547-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

ANDERSON RODRIGUES

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @&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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543084 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico, fratura complexo ziomártico, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame da estrutura craniofacial: apresenta assimetria de face à direita e redução de movimento mandibular bem como diminuição da articulação tâmporo mandibular e da maxila, decorrente do desvio, tanto em relação à oclusão, como durante sua abertura e fechamento, cursando com prejuízo da função mastigatória plena e insusceptibilidade terapêutica. Má oclusão olho direito, com prejuízo do campo de visão deste olho. As restrições repercutem na estrutura crânio facial com um todo. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial da lesão, traumatismo crânioencefálico, fratura complexo ziomártico, fratura de maxilar direito, fratura frontal, fratura de ossos de nariz, conforme exame de Documentos de pronto atendimento de 20/05/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos cirúrgico, fixação com placa e parafusos complexo ziomártico. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo da função mastigatória e do campo visual. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela, isto é, existe déficit funcional permanente na estrutura craniofacial.

Sequelas permanentes: Lesão de órgãos e estruturas crânio faciais, com prejuízo da função mastigatória e de campo visual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Antônio Júlio Romero Quintanilha

CRM do médico: 5019

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Antônio Júlio Romero Quintanilha'.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Tiago Soares do Nascimento, brasileiro (a), estado civil: Casado
Profissão: Estagista, Portador(a) do RG 07.00.8005309, órgão expedidor: DETTRAN
e do CPF: 053.886.483-46, residente no(a) RUA VERA CRUZ
nº 197, bairro: PREMBU, município: FORTALEZA / CE.

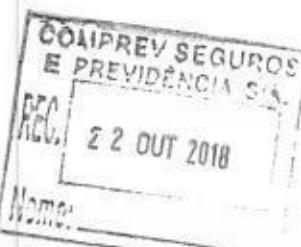
OUTORGADO:

Nome: ANDERSON RODRIGUES brasileiro (a), estado civil: CASADO
Profissão: AUTONOMO Portador (a) do RG 6580463 órgão expedidor: DETRAN/CE
e do CPF: 095.926.547-35 residente no(a) RUA ITAREMA
nº 738 bairro: CASTELÃO município: FORTALEZA/CE.

PODERES: pelo presente Instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

Vítima Tiago Soares do Nascimento

Local e Data: 03/10/2018



Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA 3ª ZONA - ESTADO DO CEARÁ
Vitor Soares de Moraes - Oficial

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO CEARÁ - Centro, nº. 101 - Centro - Fortaleza - Ceará - CEP: 60.000-010 - Tel: (85) 3231-4170 - cartoriomoraesce@gmail.com

(123415510782) 2. Reconheço por AUTENTICA a(s) assinatura(s) de:

TIAGO SOARES DO NASCIMENTO =

que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.

FORTALEZA, 3 de outubro de 2018 (10:33:56). Em testemunho da verdade.

TANIA MARIA AGOSTINHO DA SILVA (Escrevente)

Total: R\$ 6,92. FUNCI 4 joao@victor

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418458/18

Número do Sinistro: 3180543084

Vítima: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

CPF: 053.886.483-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: TIAGO SOARES DO NASCIMENTO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/11/2018

Nome: ANDERSON RODRIGUES

CPF: 095.926.547-35

Data do cadastramento: 26/11/2018

Nome: LILIANA MARIA PEREIRA

CPF: 040.259.363-48

ANDERSON RODRIGUES

LILIANA MARIA PEREIRA