

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490457 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES **Data do acidente:** 05/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE COLUNA COM FRATURA DE PROCESSOS ESPINHOSOS D4, D5, D6 E D7.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490457 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES **Data do acidente:** 05/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura em processos espinhosos de T4-T7.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame de segmento torácico da coluna vertebral, apresenta dor à palpação de processo espinhoso e transversos de T4-T7 e contratura muscular paravertebral associada. Apresenta desconforto à mobilização e redução da amplitude de movimentos do segmento, com flexão aos 60°, extensão aos 30° e flexão lateral aos 45°.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura em processos espinhosos de T4-T7, conforme documentos de pronto atendimento e tomografias do dia 05/07/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos conservadores mediante o uso de colete por 60 dias e uso de medicamentos. Considerando a evolução clínica da lesão decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração do mecanismo da sustentação do tronco e redução da amplitude de movimentos. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com seqüela e existe déficit funcional permanente no segmento torácico da coluna vertebral. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral, em grau leve, em razão da alteração do mecanismo da sustentação do tronco e redução da amplitude de movimentos.

Sequelas: Com seqüela

Data da perícia: 05/12/2018

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
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

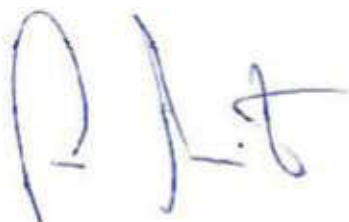
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380050/18

Número do Sinistro: 3180490457

Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

CPF: 122.229.413-34

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES
CPF: 122.229.413-34

ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380050/18

Número do Sinistro: 3180490457

Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

CPF: 122.229.413-34

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

CELIA NUNES DE FREITAS : 347.084.482-87

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: 05/11/2018
Nome: CELIA NUNES DE FREITAS
CPF: 347.084.482-87

CELIA NUNES DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA 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: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000021555-8

Nr. da Autenticação 3E650896A01769C6

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES**

Nº Sinistro: **3180490457**

Vitima: **ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES**

Data do Acidente: **05/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIA NUNES DE FREITAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180490457**.

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

Carta nº 13535215



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180490457

Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

Data do Acidente: 05/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIA NUNES DE FREITAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

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

Documentação médico-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

Carta nº 13581458



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES**

Sinistro: **3180490457**

Vítima: **ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES**

Data do Acidente: **05/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CELIA NUNES DE FREITAS**

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 3180490457** 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

**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: 3180490457

Nome do(a) Examinado(a): Antonio Evandro de Sousa Lopes

Endereço do(a) Examinado(a): RUA 15, 610, Maracanas/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: RG / SSP / CE / 2002010431222

Data e local do acidente: 05/07/2018, Fortaleza/CE

Data e local do exame: 05/12/2018, Fortaleza/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura em processos espinhosos de T4-T7.

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 conservador mediante o uso de colete por 60 dias e uso de medicamentos, resta apurada a existência de sequela permanente no segmento torácico da coluna vertebral, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Ao exame de segmento torácico da coluna vertebral, apresenta dor à palpação de processo espinhoso e transversos de T4-T7 e contratura muscular paravertebral associada. Apresenta desconforto à mobilização e redução da amplitude de movimentos do segmento, com flexão aos 60°, extensão aos 30° e flexão lateral aos 45°.

IV. Nexô 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:

Perda funcional, parcial e incompleta da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral, em razão da redução da amplitude de movimentos.

**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): Segmento torácico da coluna vertebral - N/A - 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 204 ou 0600 022 204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, não bloqueada 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 (campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 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: 122.229.413-34 Nome completo da vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES CPF titular da conta: 122.229.413-34 Profissão: pedreiro
Endereço: RUA 15 Número: 610 Complemento: -
Bairro: NOVO MARACNAS Cidade: MARACNAS Estado: CE CE: 61.900-000
Email: - Telefone: 0800

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.200,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAIXA (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRG: 3604 D/V: - **CONTA** NRG: 21555 D/V: 8
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: -
AGÊNCIA NRG: - D/V: - **CONTA** NRG: - D/V: -
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

MARACNAS de 01 de AGOSTO de 2018
Local e Data: Investprev Seguradora S/A.

Antonio Evandro de Sousa Lopes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

18 OUT. 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3615 / 2018

MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL OTOCLINICA LTDA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO 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:

Latência Quirino da Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

o Latência Quirino da Oliveira



Investprev Seguradora S/A.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3615 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **20/08/2018 10:52:59**

Data / Hora da Ocorrência: **05/07/2018 07:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GODOFREDO MACIEL C/ RUA JULIO**

Complemento:

Bairro: **MARAPONGA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **EM FRENTE A LAGOA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTÔNIO EVANDRO DE SOUSA LOPES**

Nascimento: **30/08/1954** CPF: **122.229.413-34**

RG: **2002010431222** Órgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MIRIAM DE SOUSA LOPES**

RAIMUNDO MONTEIRO LOPES

Endereço: **RUA 15, 610**

Bairro: **NOVO MARACANAÚ**

Município: **MARACANAÚ/CE**

CEP: **61.905-580**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 3371-2273**

Noticiante(s)

Nome: **ÁTILA ALCÂNTARA LOPES**

Nascimento: **18/12/1984** CPF: **002.194.813-50**

RG: **30411412** Órgão Emissor: **PMCE**

UF:

Filiação: **EUNICE ALCÂNTARA LOPES**

ANTÔNIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

Endereço: **AVENIDA MAJOR ASSIS, 576**

Bairro: **JARDIM IRACEMA**

CEP: **60.340-065**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 99699-2487**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUU8518** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2KD0550BR524010 Renavam: **279807163** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano

Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **ÁTILA ALCANTARA LOPES** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE(PILOTO) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA, DE SUA PROPRIEDADE, HABILITADO, CNH: 05125172470 DETRAN CE, CAT. HAB. AB, MAS NÃO FICOU LESIONADO, DE PLACA NUU-8518-CE E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO(ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES); QUE TRAFEGAVA PELA AV. GODOFREDO MACIEL; QUE UM OUTRO VEICULO ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA, QUE AO TENTAR ULTRAPASSAR A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA PARA RETORNAR A FAIXA EXCLUSIVA DA VIA, EFETUOU UMA FECHADA BRUSCA PARA CIMA DA MOTO E O PILOTO PARA NÃO COLIDIR, TENTOU DESVIAR, VINDO A PERDER O CONTROLE DA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 02 11204 (ou 0800 02 11204) (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 (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 Legal 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 pelo 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

ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

CPF da Vítima

122.289.413-34

Data do Acidente

06.07.18

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 recibo em favor da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda 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 §3º do art. 1º 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.

MARACANA, 07 de AGOSTO de 2018,

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

✓ Antonio Evandro de Sousa Lopes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

18 OUT. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ATO DECLARATÓRIO

P. 991122/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: <u>USB 78</u>	PONTO DE APOIO: <u>See ✓</u>	Nº DA OCORRÊNCIA: <u>0132</u>
DATA: <u>05/07/18</u>	TURNO: <u>MT</u>	EQUIPE: <u>Andress e Brumuel</u>
NOME: <u>Antonio Brendo de Sousa Lopes</u>	IDADE: <u>63</u>	SEXO: <u>M</u>
ENDEREÇO: <u>Av. Soturno Maru e Julia Alca</u>	BAIRRO: <u>Marangá</u>	
REFERÊNCIA: <u>com ficha e fotos</u>		
QTY: <u>07:46</u>	QUS: <u>07:52</u>	QUY: <u>08:20</u>
QUU: <u>08:53</u>		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A
Mecânica

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> ÁLIDA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input checked="" type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input type="checkbox"/> 5 CONSCIENTE (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3 SONOS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 5 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 4 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 3 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 1 NENHUMA <input type="checkbox"/> 0
TOTAL: <u>15</u>		

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: <u>81</u>	PA: <u>163/83</u>	FR: <u>16</u>	GLIC.: <u>148</u>	OXIM.: <u>91%</u>	TEMP.: _____
---------------	-------------------	---------------	-------------------	-------------------	--------------

HAS DM

relato, aos, idoso, flotar, privativa de
 Sanguis a 20 anos.

Investprev Seguradora S/A

18 OUT. 2018

474780-1

Atividade Social de Energia Elétrica
lei criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Valdivia, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
(CNPJ 02042251/0001-70 | CGF 00.100.1949-3)

enel

Para agilizarmos atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 530517504

Rota 15 26000 15 060500 - 6 Data de Emissão 22/06/2018

Nome ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

End. Postal RUA 15 NOVO MARACANAÚ 00610
- MARACANAÚ - 61900000

Medidor 2553385 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 122229413-34 CGF

Nome do Responsável

DADOS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Letra	Veja o índice na verso desta conta.					
Jun/2018	22/06/2018	23/07/2018	Conjunta	DISTRITO INDUSTRIAL 11				
			Mês	Eixo 98,40				
ICMS			DIOI = 0,03 F					
Base de Cálculo (R\$)			Padrão Individual			Apuração Individual		
	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
132,88	27,80%	36,97	DIC	5,19	18,39	28,77	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00
DIET 0760.3875.7090.4946.6457.1047.2132			DMIC	2,94		0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leil. Atual	Leil. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP 5878	5065	1,00	173	0,00	173	0,95619	167,86

22/05/18	22/05/18	31 DIAS	173	132,88
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)	

VALOR CONSUMO DO MES	132,88
JUROS DO MES	0,05
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	29,24
DOACAO LBV - TEL 0800 055 5099 1/1	22,00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 9,60)	

05/07/2018

184,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	58,22
Transmissão	5,35
Distribuição	20,61
Encargos Setoriais	7,67
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	41,00
TOTAL	132,88

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Correspondência Ecológica (%CO₂)

67,54

0,00

0 100

187
173
187
171
181
168
201
191
200
196
196
208
175

MEI Jun 18 | Mai 18 | Abr 18 | Mar 18 | Fev 18 | Jan 18 | Dez 17 | Nov 17 | Out 17 | Set 17 | Ago 17 | Jul 17

Prezado Cliente, não se autorrelieve. A voluntariedade a revelar
da distribuidora enseja nova ação de corte, bem como cobrança
do custo administrativo de inspeção (art. 175 c/c art. 131
Resol. 414/2018 - Aneel).

Consta desta fatura R\$ 5

1,208

Investprev Seguradora S/A.

18 OUT. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022120 (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 nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal. A respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 classificar, analisar e administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELIA NUNES DE FREITAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.084.482-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, (a) no CPF sob o Nº 122.229.413 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.229.413 / 34 em conformidade com a 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 comprovação de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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: 08</u>		Número <u>550</u>	Complemento -
Bairro <u>NOVO MARACANAÚ</u>	Cidade <u>MARACANAÚ</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>61.905-510</u>
Email -		Telefone comercial(DDD) <u>(85) 3014-7961</u>	Telefone celular(DDD) -

MARACANAÚ 10 de OUTUBRO de 2018

Local e Data Investprev Seguradora S/A.

Celia Nunes de Freitas
Assinatura do Declarante

10 OUT. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 546781978

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

OUT/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
475072 DV **1**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 15 026000 17 063000
Nome CELIA NUNES FREITAS
Endereço PostalMedidor
4867418Poste
0000 0000

End. da Unidade Consumidora RUA 08 NOVO MARACANAU 00550 MARACANAU 61905510

RG / CPF / CNPJ 347.084.482-87

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 24699 24421 1 278 0 278

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

23/10/2018

22/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F8BD.4612.FF1A.A141.13A8.DE92.AB33.1D9F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
231,57 27% 62,52

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

2,98

CORRECAO MONETARIA DO MES

4,10

MULTA MORATORIA

4,64

CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916

19,50

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

39,83

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 21,34)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

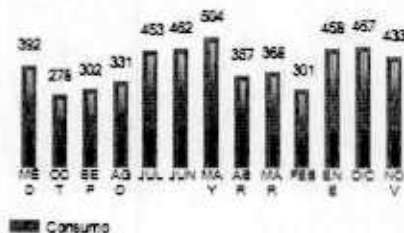
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 79,23

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL II

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

475072-1

N° da Nota Fiscal: 546781978

Total a Pagar (R\$): 302,62

Data de Emissão:

30/10/2018

Referência: OUT/2018

N° de Controle: 0000475072 00529 4311 2 81

83870000003-6 02620031000-7 00004750720-9 05294311268-3

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

03 NOV. 2018

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 0221 12 (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 nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal. A respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 classificar, analisar e administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CELIA NUNES DE FREITAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.084.482-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, (a) no CPF sob o Nº 122.229.413 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.229.413-34 em conformidade com a 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 comprovação de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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: 08</u>		Número <u>550</u>	Complemento -
Bairro <u>NOVO MARACANAÚ</u>	Cidade <u>MARACANAÚ</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>61.905-510</u>
Email -		Telefone comercial(DDD) <u>(85) 3014-7961</u>	Telefone celular (DDD) -

MARACANAÚ 10 de OUTUBRO de 2018

Local e Data Investprev Seguradora S/A.

Celia Nunes de Freitas
Assinatura do Declarante

10 OUT. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ATILA ALONTARA LOPES

RG nº 05125172470, data de expedição 19/02/18,

Órgão DETRAN-CE portador do CPF nº 002.194.813-50, com

domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. MAJOR ASSIS JARDIM IRACEMA, nº 576,

complemento -, decaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, cujo o condutor era

ATILA ALONTARA LOPES.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA NXR 150 BROS.

Ano: 2010/2011

Placa: NUU 8518

Chassi: 9C2KDD0550B2524010

Data do Acidente: 05/07/18

Local e Data: FORTALEZA, 02/08/18

Atila Alontara Lopes
Assinatura do Declarante

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



Investprev Seguradora S/A.

18 OUT. 2018

Data::05/07/2018 -
Origem: ..:EMERGENCIA **Convênio:**GEAP
Paciente:..:ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES
Médico Solicitante:..:Dr(a). MARCUS VINICIUS AMARAL BARRETO

TC DA COLUNA DORSAL

METODOLOGIA:

Exame realizado por Tomógrafo Computadorizado Multislice, com aquisições isovolumétricas, reformatações sagital e coronal, que demonstraram:

LAUDO:

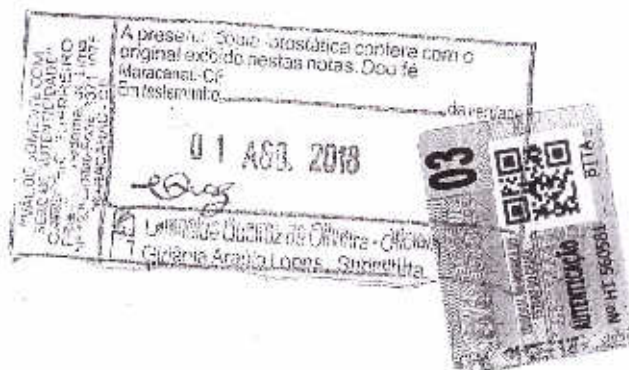
Fraturas em processo espinhosos de D4, D5, D6 e D7.
Eixo vertebral normal.
Finos osteófitos marginais nos corpos vertebrais.
Articulações interapofisárias e costo-vertebrais com espaços reduzidos e osteófitos marginais.

CONCLUSÃO:

TC da coluna dorsal mostra fraturas em processos espinhosos de D4, D5, D6 e D7; sinais de osteoartrose.



EDUARDO PORTELA OLIVEIRA
CRM:5579



UNIDADE ALDEOTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otolínica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100
85 3466.1170 - 3466.1171



UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011.1172 - 3011.1173 - 3011.1234

Investprev Seguradora S/A.

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 1
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023.1508 - 85683.8111

Data.....05/07/2018 -
Origem...EMERGENCIA Convênio:GEAP
Paciente:ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES
Médico Solicitante...Dr(a). MARCUS VINICIUS AMARAL BARRETO

TC MULTISLICE DA COLUNA LOMBOSSACRA

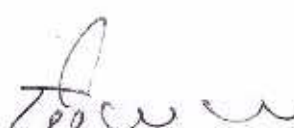
METODOLOGIA: Foram adquiridos cortes axiais tomográficos da coluna lombossacra em aparelho Multislice, seguidos de reconstruções multiplanares, que demonstrou:

LAUDO:

Retificação da lordose lombar.
Formações osteofíticas marginais nos corpos vertebrais.
Articulações inter-apofisárias com espaços reduzidos, notadamente em L5-S1.
Colapso do espaço intervertebral de L5-S1, com irregularidade dos platôs apostos, esclerose subcondral e degeneração gasosa discal.
Não há sinais de fraturas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TC da coluna lombossacra mostra sinais de espondilo-discopatia degenerativa.


Médico:EDUARDO PORTELA OLIVEIRA
CRM:5579



UNIDADE ALBERTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otolínica
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100
85 3466.1170 - 3466.1171



UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011.1172 - 3011.1173 - 95733.1234

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 53
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023.1508 - 99688.0111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Pac. vítima de queda de moto, após 4 dias de internação, apresenta melhora da mobilidade da orelha esquerda, com dor leve orientada, movimentos preservados, porém com rigidez leve em região da orelha posterior, onde houve a lesão, e coloração vermelha da pele em pontos de fricção abdominal flácida

ASS. / COREN: André

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Dr. Fernando Rabelo
Emergencista
CREMEO 7742

EM: / / às

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Investprev Seguradora S/A

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU,

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:

RG / CPF




DECLARAÇÃO

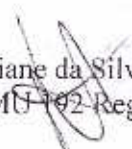
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Antonio Evandro de Sousa Lopes**, no dia **05/07/2018**, às **07h52min**, na **Avenida Godofredo Maciel c/ Rua Júlio Alcides**, no **Bairro Maraponga**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P291122/2018**.

Fortaleza, 03 de agosto de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Maria Heliane da Silva Alves
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

Investprev Seguradora S/A.

18 OUT. 2018



Paciente: Antonio Evandro de Sousa Lopes
 Data Naso: 33/08/1954 63 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 33712273
 Setor: Pronto Atendimento / Consultório

Atendimento: 1.771.256
 Prontuário: 403.141
 Dt. Entrada: 05/07/2018 08:42:31
 Convênio: GEAP Apartamento
 Recepção: naianefer

Retorno Não

Anamnese

05/07/2018 06:50:08

Profissional

Marcus Vinicius Amara

Cod. Prof.

CRM 11138

PACIENTE RELATA TRAUMA EM REGIAO DE COLUMA TORACO LOMBAR

ASSOCIA A ACIDENTE DE TRANSITO

AO EXAME SEM DEFICITS NEUROLOGICOS ASSOCIADOS

NEGA OUTROS SINTOMAS NEGA TCE

SOLICITO TC DE COLUMA TORACO LOMBAR

CDT ANALGESIA E EXAMES

Assinatura e Carimbo

Diagnóstico

Profissional

05/07/2018 20:42:31

Marcus Vinicius Amara Barreto

Tipo Diagnóstico

Definitivo

M545 Doralgia - Dor lombar baixa

Principal

Prescrições

Data Prescrição

2275840

05/07/2018 08:51:00

Médico

Dr. Marcus Vinicius Amara Barreto (CRM 11138)

Medicamentos

Dose

Intervalo Via

Horário Adm.

1 Tramal 50mg ampola

1

amp

Agora

IV

Separar 1 Mililitro do medicamento em 100 Mililitros de Cloreto de Sódio 0,9% FR 100 ML
 Administrar 101 Mililitros (Agora Intravenosa)

2 Novalgina 500mg/mL inj. ampola c/ 2mL

1

amp

Agora

IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de AGUA P/ INJECAO AMP 10ML
 Administrar 20 Mililitros (Agora Intravenosa)

Assinatura e Carimbo

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PA = _____ T = _____

P = _____ R = _____

Sato = _____ Glicemia = _____

Exame Laboratorial: Sim () Não ()

Exame Imagem RX () US () TC ()

Encaminhado:

Posto: _____ H Leito: _____

UTI: _____ H Leito: _____

CC: _____ H

Investprev Seguradora S/A.

OBSERVAÇÕES



Paciente: Antonio Evandro de Sousa Lopes
 Data Nasc: 30/08/1954 63 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 33712273
 Selo: Pronto Atendimento / Consultório

Atendimento: 1.774.161
 Prontuário: 400.141
 Dt. Entrada: 12/07/2018 09:00:03
 Convênio: GEAP Apartamento
 Recepção: garlianedbs

Retorno Não

Anamnese
 12/07/2018 09:22:39

Profissional: Cod Prof
 Marcus Vinicius Amaral CRM 11138

RETORNA COM 7 DIAS DE EVOLUÇÃO DE FRATURA DE PROCESSOS ESPINHOSOS TORACICOS

EM CONTROLE ALGICO COM AINES

E MELHORA PARCIA DA DOR

DEIXO COLETE DE JEWETT MANTIDO

TRAMAL E RETORNO EM 14 DIAS

COM RX CONTROLE SOLICITADO E PACIENTE ORIENTADO

Assinatura e Carimbo

Diagnóstico

Profissional: Marcus Vinicius Amaral Barreto
 S229 Frax de costelas esterno e coluna

Tipo Diagnóstico

Definitivo

Principal

Assinatura e Carimbo

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PA = F =

P = R =

Sato = Glicemia =

Exame Laboratorial S/m () Não ()

Exame Imagem RX () US () TC ()

Encaminhado:

Posto: H. Leito:

UTI: H Leito:

CC: H

OBSERVAÇÕES



Investprev Seguradora S/A.



GRUPO OTO



HOSPITAL
OTOclínica

Antonio Evandro de Sousa Lopes

Relatório Médico

Paciente com história de evolução de
fratura de múltiplas próteses espúscas da
coluna torácica comida há cerca de 04 anos
persiste com quadro de dor no local,
sem indicar mais atividades laborais no
presente momento.

S22.0

HOSPITAL OTOCLÍNICA LTDA.

CNPJ 23.443.515/0001-03

Av. Antônio Sales, 810 - CEP 60135-100

Fortaleza - Ceará

RAX: (85) 3496.1133

e-mail: contato@hospitalotoclinica.com.br

Dr. Marcus Vinícius Amaral Barreto
Ortopedia e Cirurgia de Coluna
CREMEC: 11.111 TEOT 13877

5.11.18



Clinica Médica | Radiologia | Centro
Cardiologia | Neurologia | Cirurgia Geral

*Planta de Cirurgia Geral
de segunda a sexta de 07h às 19h

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

16 NOV. 2018

ENTRADA

Atestado de comparecimento conferido com o original emitido nesta data. Dou fé.
Localizado em 16 de Novembro de 2018.
Lido em 16 de Novembro de 2018. Oficial
Público de Defesa do Consumidor - R. 101-102



Data.....:05/07/2018 -

Origem :EMERGENCIA

Convênio:GEAP

Paciente:ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

Médico Solicitante...:Dr(a). MARCUS VINICIUS AMARAL BARRETO

TC DA COLUNA DORSAL

METODOLOGIA:

Exame realizado por Tomógrafo Computadorizado Multislice, com aquisições isovolumétricas, reformatações sagital e coronal, que demonstraram:

LAUDO:

Fraturas em processo espinhosos de D4, D5, D6 e D7.

Eixo vertebral normal.

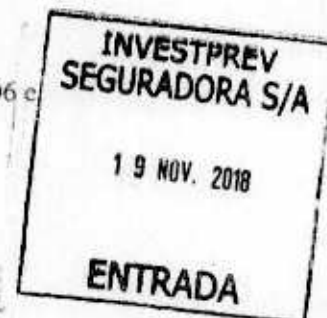
Finos osteófitos marginais nos corpos vertebrais.

Articulações interapofisárias e costo-vertebrais com espaços reduzidos e osteófitos marginais.

CONCLUSÃO:

TC da coluna dorsal mostra fraturas em processos espinhosos de D4, D5, D6 e D7; sinais de osteoartrose.


EDUARDO PORTELA OLIVEIRA
CRM:5579



UNIDADE ALDEOTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otolínea
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100
85 3466.1170 - 3466.1171



UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550
Centro - Caucaia - Ceará
85 3011.1172 - 3011.1173 - 99755.1234

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 533
Messejana - Fortaleza - Ceará
85 3023.1508 - 99688.0111

Hospital Otolinica Ltda
HO - Ficha do Pronto Atendimento Anamnese



Paciente Antonio Evandro de Sousa Lopes
Data Nasc. 30/08/1954 63 Anos
Sexo Masculino
Telefone 33712273
Setor Pronto Atendimento / Consultório

Atendimento 1.774.161
Prontuário 400.141
Dt. Entrada 12/07/2018 09:00:03
Convênio GEAP Apartamento
Recepção gerlianedbs

Retorno Não

Anamnese

12/07/2018 09:22:39

Profissional Profissional
Marcus Vinicius Amaral Cod Prof CRM 11138

RETORNA COM 7 DIAS DE EVOLUÇÃO DE FRATURA DE PROCESSOS ESPINHOSOS TORACICOS

EM CONTROLE ALGICO COM AINES

E MELHORA PARCIA DA DOR

DEIXO COLETE DE JEWETT MANTIDO

TRAMAL E RETORNO EM 14 DIAS

COM RX CONTROLE SOLICITADO E PACIENTE ORIENTADO

Diagnóstico

12/07/2018 21:00:03

Profissional Profissional
Marcus Vinicius Amaral Barreto

Tipo Diagnóstico

Definitivo

S229 Frat de costelas esterno e coluna

Principal

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PA = T =

P = R =

Sato = Glicemia =

Exame Laboratorial: Sim () Não ()

Exame Imagem: RX () US () TC ()

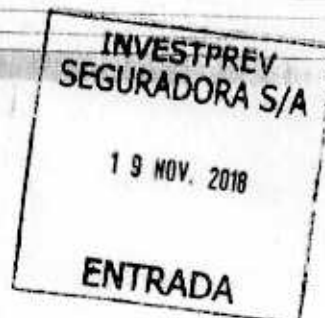
Encaminhado:

Posto: H Leito:

UTI: H Leito:

CC: H

OBSERVAÇÕES



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 6.194, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1974.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e supletórias, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vítima de: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009).

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatómicas ou funcionais, observado o disposto abaixo. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatómica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatómica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

SR ANALISTA

CONFORME AS LEIS VIGENTES (6.194, 8.441, 11.482, 11.945), TORNA-SE OBRIGATÓRIO O ENQUADRAMENTO DOS DANOS PESSOAIS SOFRIDOS PELA VÍTIMA, NA TABELA EM VIGOR.

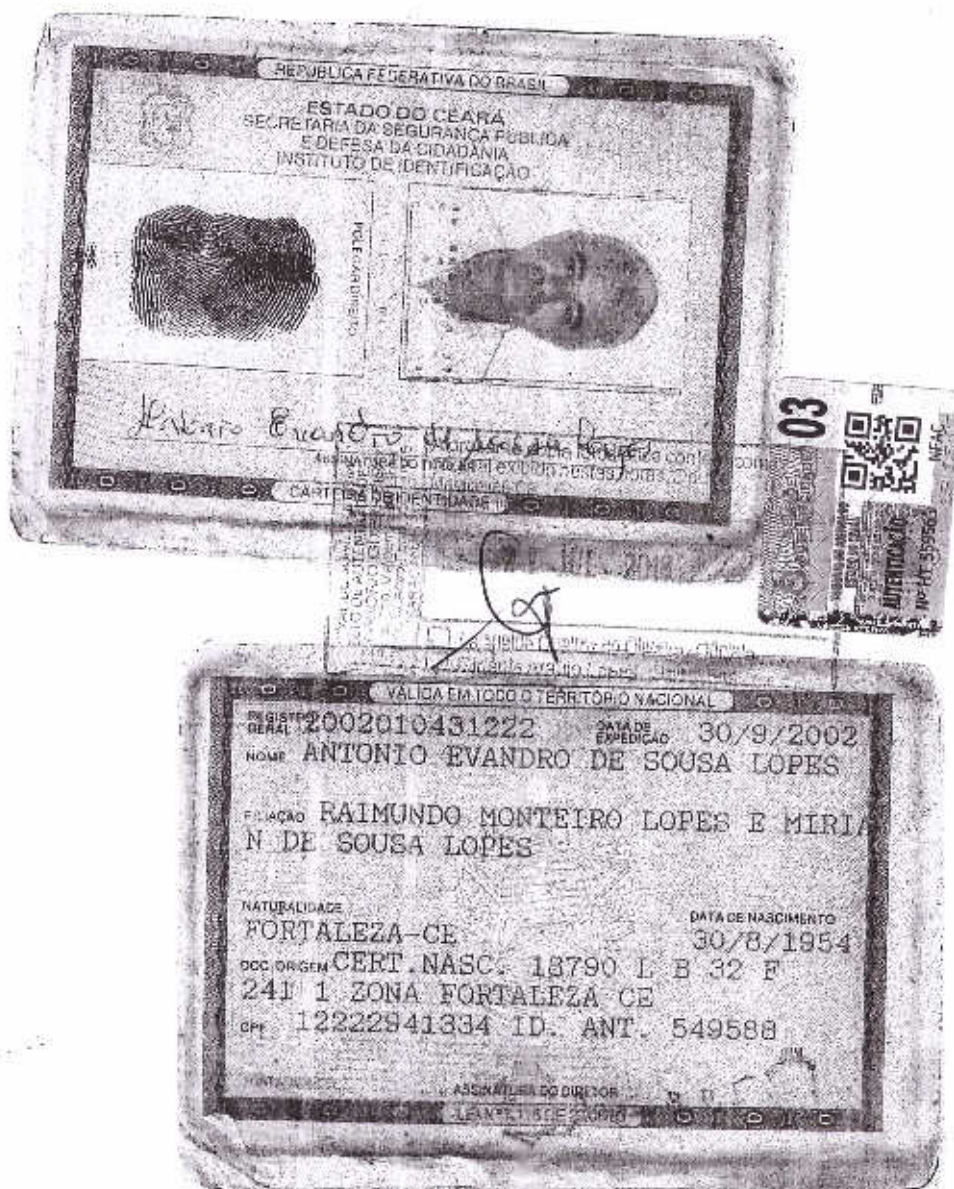
PARA FINS DE FACILITAR O ENTENDIMENTO DO DANO PESSOAL SOFRIDO PELO SEGURADO E EVITAR UM PENDENCIAMENTO DESNECESSÁRIO OU UMA INJUSTA NEGATIVA SEM PERICIA, SEGUE ABAIXO, O ENQUADRAMENTO DO DANOS PESSOAL DO SEGURADO:

Danos Corporais Totais Repercussão na Integridade do Patrimônio Físico	Percentual da Perda	REPERCUSSÃO			
		INTENSA	MEDIA	LEVE	SEQUELA RESIDUAL
Perda anatómica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100				
Perda anatómica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatómica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alarmante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de ossos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicas, abdominais, pélvicas ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussão em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas	REPERCUSSÃO			
		INTENSA	MEDIA	LEVE	SEQUELA RESIDUAL
Perda anatómica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70				
Perda anatómica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatómica e/ou funcional completa de um dos pés	50				
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25				
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda anatómica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10				
Perda anatómica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas	REPERCUSSÃO			
		INTENSA	MEDIA	LEVE	SEQUELA RESIDUAL
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fala (mudez completa) ou da visão de um olho	50				
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25		X		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10				

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

19 NOV. 2018

ENTRADA



EM CASO DE PERDIDA: (85) 3014 7961
9 8841 6709
9 8892 3508

Investprev Seguradora S/A.

18 OUT. 2018


 VÁLIDO COMO DOCUMENTO EM
 SITUAÇÃO DE EMERGENCIA
 PARA IDENTIFICAR O TITULAR
 DO REGISTRO DE IDENTIFICACAO
 PERDIDA AUTOMATICAMENTE
 A VALIDADE DO NAD POR
 PRODUZIDA OU SUBSTITUI-
 DA PARA ASSUMIR A IDENTIFI-
 CAÇÃO DO TITULAR DO REGISTRO
 AS FOLHAS DO ART. 4º, DO REG.
 DE IDENTIFICACAO

347.084.482-87 2651741/93
 375607707/87 SSP-CE
 104 00060 16 02 1993

Celia Nunes de Freitas

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
 CONEN - CE

AUXILIAR DE ENFERMAGEM 007271 AE

CELIA NUNES DE FREITAS
 JOSE MARTINS NUNES
 MARIA FELIX DE PAIVA NUNES

FONTE BOA-AM 31 08 2005
 BRASILEIRA 16 11 1969

Fortaleza 17 08 2004

Investprev Seguradora S/A.

18 OUT. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490457 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES **Data do acidente:** 05/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE COLUNA COM FRATURA DE PROCESSOS ESPINHOSOS D4, D5, D6 E D7.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490457 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES **Data do acidente:** 05/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura em processos espinhosos de T4-T7.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame de segmento torácico da coluna vertebral, apresenta dor à palpação de processo espinhoso e transverso de T4-T7 e contratura muscular paravertebral associada. Apresenta desconforto à mobilização e redução da amplitude de movimentos do segmento, com flexão aos 60°, extensão aos 30° e flexão lateral aos 45°.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial fratura em processos espinhosos de T4-T7, conforme documentos de pronto atendimento e tomografias do dia 05/07/2018. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos conservador mediante o uso de colete por 60 dias e uso de medicamentos. Considerando a evolução clínica da lesão decorrente das medidas terapêuticas, o quadro apresentou alteração do mecanismo da sustentação do tronco e redução da amplitude de movimentos. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela e existe déficit funcional permanente no segmento torácico da coluna vertebral. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral, em grau leve, em razão da alteração do mecanismo da sustentação do tronco e redução da amplitude de movimentos.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/12/2018

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
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

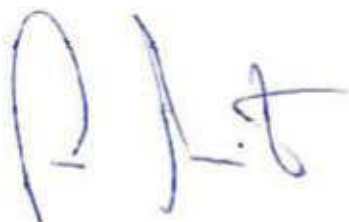
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PF OCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão PEDREIRO, residente e domiciliado à Rua 15, nº 610, bairro NOVO MARACANAS, Município de MARACANAÚ, Estado de(o) CEARA, Cep. 61.900-000, portador(a) do Rg nº 2022010431222, SSP/CE e CPF nº 122.229.413-34.

Outorgado: CELIA NUNES DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado(a) à Rua 08, nº 500, bairro NOVO MARACANAS, Município de MARACANAÚ, Estado de(o) CEARA, Cep. 61.905-510, portador(a) do RG nº 26.517.4193, SSP/CE e CPF nº 347.084.482-87.

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 Consócio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, ocorrido em 05/07/18, com nome 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/Cédulo 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.

MARACANAÚ, 07 de AGOSTO de 2018

**CARTÓRIO
GUERREIRO**



Antonio Evandro de Sousa Lopes

Outorgante
CPF Nº 122.229.413-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório ou por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO GUERREIRO Rua Cap. Valdemar de Lima Nº 123 - Centro - Fone: 3371.1075 MARACANAÚ - CE	Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de <u>ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES</u>	
	Doc. nº <u>122.229.413-34</u>	
	07 AGO. 2018	
	Em presença de <u>Girllania Araújo Lopes - Substituta</u> <u>Laisneide Queiroz de Oliveira - Oficial</u>	da verdade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380050/18

Vítima: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

CPF: 122.229.413-34

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 05/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

CPF de: Próprio

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

CELIA NUNES DE FREITAS : 347.084.482-87

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

ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES : 122.229.413-34

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: 18/10/2018
Nome: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES
CPF: 122.229.413-34

ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA