

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**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      **Data do acidente:** 05/07/2018      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
LOPES

## 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

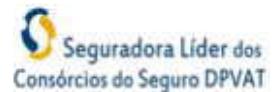
**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "H. R. Rosito".

# 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

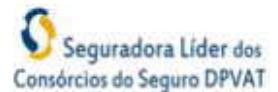
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

CELIA NUNES DE FREITAS

---

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: 00000021555-8

---

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**



---

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 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](http://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, 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 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°.

**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:

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 ( **X** ) 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



## 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 022 294 ou 060 00 000 000 (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 efetuar 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 (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

-

Barro

NOVO MARACANAS

Cidade

MARACANAS

Estado

OE

CEP

61.900.000

Email

-

Telefone

(061) 3211-0000

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

X R\$ 1.001,01 ATÉ R\$ 3.000,00

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

X CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. A sinale uma opção)

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

X CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

3604

D/V

CONTA

Nº

21555

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

(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.

MARACANAS, 07 de AGOSTO de 2018

Local e Data: Investprev Seguradora S/A.

X Antônio Evandro de Souza 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  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



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



03



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DO CEARÁ  
AUTENTICAÇÃO  
Nº HT 5644125 ADOF

VALIDO SOMENTE COM  
SALDO DE AUTENTICAÇÃO  
CARTÓRIO GUERREIRO  
Av. Cap. Mordomo, 1111  
Nº 123 Centro Forte - CE  
MARACANAÚ

21-Ago-2018

Assinado digitalmente  
Por: *[Signature]*

Assinado digitalmente  
Por: *[Signature]*

Assinado digitalmente  
Por: *[Signature]*

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MIRIAM DE SOUSA LOPES**

**RAIMUNDO MONTEIRO LOPES**

Endereço: **RUA 15, 610**

Bairro: **NOVO MARACANAÚ**

Município: **MARACANAÚ/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **61.905-580**

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

**Noticiante(s)**

Nome: **ATILA ALCÂNTARA LOPES**

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

RG: **30411412** Orgão 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: **ATILA 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 0231204 (máis 0800)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E 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 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

**122.229.413-34**

Data do Acidente

**05.07.18**

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

**—**

CPF do Representante Legal

**—**

Email

**—**

Telefone

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de recuperação 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 recuperação da indenização do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 dias úteis ao respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente e/ou direta por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha reclamação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica realizada pela Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 5º 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 discordar do seu conteúdo.

**MARACANAÚ, 07 de AGOSTO de 2018,**  
Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

**V. Antônio Evandro de Souza Lopes**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário:

**18 OUT. 2018**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal:



P. 391122/2018

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: MSB 78	PONTO DE APOIO: S6e ✓	Nº DA OCORRÊNCIA: 0132
DATA: 05/07/18	TURNO: M/T	EQUIPE: Andreu + Emanuel
NOME: <i>Edson Antônio Endrônio da Silva Lopes</i>		IDADE: 63, SEXO: M
ENDERECO: Av. Engenheiro Manoel G. Júlio Almeida		BAIRRO: Manaíra
REFERÊNCIA: <i>com febre e dores</i>		
QTY: 07/06	QUS: 07/52	QUY: 08:20
QUU: 08:53		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: <i>colite com vômitos e diarreia</i>		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)		
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE	
<b>A</b> Via Aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:		
<b>B</b> Respiratória	PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO	<input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
<b>C</b> Cardíaca	PULSO		PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> FILIFORME	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input checked="" type="checkbox"/> SUDOREICA
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> ÁLIDA	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> NÃO
LOCAL:		<input type="checkbox"/> IANÓTICA	<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> < 2 seg	
		<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> > 2 seg		
ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)					
<b>D</b> Neurogênica	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	<input type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS
À VOZ	<input type="checkbox"/> 3	CON. USO (A) / CHORO CONSOLÁVEL	<input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR	
À DOR	<input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)	<input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA	
NENHUMA	<input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)	<input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL	
TOTAL: 13		NENHUMA	<input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL	
PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E SOCÓRICAS)				NENHUMA	
<b>E</b> Exposição	ADULTO		LESÕES		PEDIÁTRICO

## SAMPLA

FC: 87 PA: 163/83 FR: 16 GLIC.: 148 OXIM.: 91 X TEMP.:

HMS, DM  
relaxado, desidratado, febre, peritonite,  
sanguinante a 20 anos.

Investprev Seguradora S/A

18 OUT. 2018

A Tarifa Social da Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Av. Pedro Valdovino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 02.042251/0001-70 | CGF 00.106.000-3

474780-1

Para agilizar seu atendimento, utilize o nr. acima  
caso que entre em contato conosco.



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 530517504

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

Nome ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES  
End. Postal RUA 15 NOVO MARACANAU 00610  
- MARACANAU - 61900000

Medidor 2553385 Posto 0800 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 122229413-34 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Aprovação	Próxima Leitura
Jun/2018	22/06/2018	23/07/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na versão digital acima.

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL II

Mês Abri 2018 Elsô 99,49

ICMS

Baixa de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
132,88	27,00%	35,87

DIC 5,19 18,38 28,77 0,00 8,00 8,00

FIC 3,30 6,56 13,20 0,00 8,00 8,00

DMIC 2,94 0,00

MEI 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

MEI 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Luit. Atual Lett. Anterior Consl. Consumo (kWh) Cons. Inc. Cons. Prc. Tarifa (kWh) Valor (R\$)

EP 5078	50625	1,00	173	0,00	172	0,79610	132,88
---------	-------	------	-----	------	-----	---------	--------

22/06/18 22/05/18 31/04/8 173 132,88 VALOR (R\$)

DESCRIÇÃO

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 )

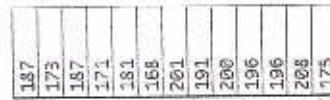
05/07/2018

184,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	59,22
Transmissão .....	5,05
Distribuição .....	20,61
Encargos Sociais .....	1,67
Tributos (IBAMA/MEFINS)...	41,00
<b>TOTAL</b>	<b>132,88</b>

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Companhia responsável pelo consumo de energia elétrica.

Emisso kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Comodidade Ecologica (MCO<sub>2</sub>)

67,54 0,00

0,00 100

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

Consta desta fatura R\$ 5  
Mês: 9 Ref.: 101

120

Investprev Seguradora S/A.

18 OUT. 2018

## 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 422115 (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 estabelecido na Circular Susep nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular Susep<sup>1</sup> 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, com respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, reasseguração e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade fiscalizar, administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Celia Nunes da Freitas inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.084.482-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, inscrito (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, 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 constante, 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	Número	Complemento
RUA: 08	550	-
Bairro	Estado	CEP
NOVO MARACANAÚ	CE	01.905-510
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
-	(85) 3014-7961	-

MARACANAÚ 10º de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

Assinatura do Declarante:



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 nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**475072** DV **1**

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

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

Date de Emissão/  
Apresentação  
Prev. Próxima  
Leratura

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
CORRECÃO 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 )	

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

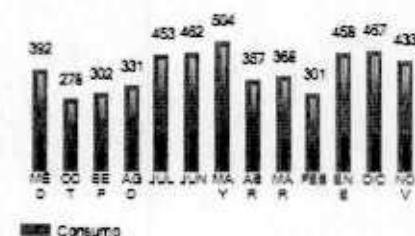
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 79,23

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL II

Mês AGO/ 2018

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

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **475072-1** Nº da Nota Fiscal: **546781978** Total a Pagar (R\$): **302,62**  
Data de Emissão: **30/10/2018** Referência: **OUT/2018** Nº de Controle: **0000475072 00529 4311 2 81**

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



## 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 422115 (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 estabelecido na Circular Susep nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular Susep<sup>1</sup> 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, com respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, reasseguração e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade fiscalizar, administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Celia Nunes da Freitas inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.084.482-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, inscrito (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, 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 constante, 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	Número	Complemento
RUA: 08	550	-
Bairro	Estado	CEP
NOVO MARACANAÚ	CE	01.905-510
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
-	(85) 3014-7961	-

MARACANAÚ 10º de OUTUBRO de 2018  
Local e Data  
Investprev Seguradora S/A.

Celia Nunes da Freitas  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ATILA ALANTARA LOPES

RG nº 05125172470, data de expedição 19/10/21/18:

Órgão DEPEN/CE portador do CPF nº 002-199-813-50, com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. MAJOR ASSIS JARDIM IRACEMA, nº 576.

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, cujo o condutor era ATILA ALANTARA LOPES.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA NXR 150 Bros.

Ano: 2010/2011.

Placa: NUU 8518

Chassi: 9C2KD0550BR524010.

Data do Acidente: 05/07/18.

Local e Data: FORTALEZA, 02/08/18



Atila Alantara Lopes

Assinatura do Declarante

Atila Alantara Lopes

Assinatura do Condutor (caso seja um herdeiro 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 costovertebrais com espaços reduzidos e osteófitos marginais.

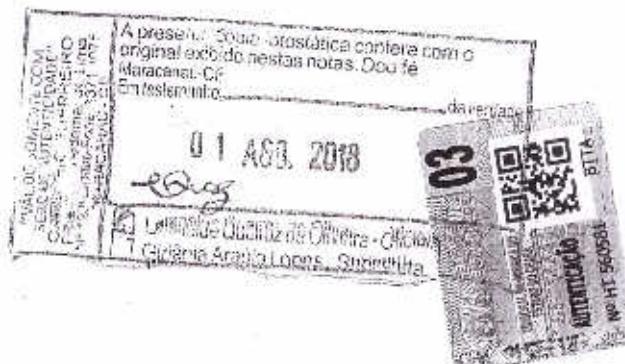
#### CONCLUSÃO:

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



**EDUARDO PORTELA OLIVEIRA**

CRM:5579



**Investprev Seguradora S/A.**

#### UNIDADE ALDEOTA

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

24hs

#### UNIDADE CAUCAIA

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

#### UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 1  
Messejana - Fortaleza - Ceará  
85 3023.1508 - 3003.1508

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.

*Eduardo Portela Oliveira*  
Médico:EDUARDO PORTELA OLIVEIRA

CRM:5579



#### UNIDADE ALDESTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otológica  
Fortaleza - Ceará - CEP 60135-100  
85 3466.1170 - 3465.1171



Investprev Seguradora S/A.

#### UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550  
Centro - Caucaia - Ceará  
85 3011.1172 - 3011.1173 - 99955.1234

#### UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 53  
Messejana - Fortaleza - Ceará  
85 3023.1508 - 99668.0111

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Pac vítima de

ASS. /CRM:

quadro de modo ~~grave~~ com episódio de imprensa da protração da medula da coluna cervical, com dor aliviada orientado, momento prosciutto, dor no diafragma referente dor em região torácica posterior, onde havia dor intensa + exacerbação colante dura imposta pressões abdominais fluidos

ASS. /COREN: André

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

## DESTINO DO PACIENTE

- |  |                                   |   |                                 |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: | <input type="checkbox"/> RECUSA   | <input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS | <input type="checkbox"/> OUTRO: |
| <input type="checkbox"/> LIBERADO          | <input type="checkbox"/> NO LOCAL | <input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE   |                                 |
| ÓBITO →                                    |                                   |   |                                 |

BOLETIM EMERG:

PACIENTE ACOMPANHADO:  SIM  NÃO  
ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Dr. Fernando Rabelo  
Emergencista  
CRMESP 7742

EM: / / às

## COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Descrição de Valores Entregues:

LOCAL:

Investprev Seguradora S/A.

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EU,

## TERMO DE RECUSA

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. POREM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

## DECLARAÇÃO

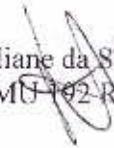
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Antonio Evandro de Sousa Lopes**, no dia **05/07/2018**, às **07h52min**, na **Avenida Godofredo Maciel c/ Rua Júlio Alcides**, no **Bairro Maraponga**, vítima de acidente de trânsito.

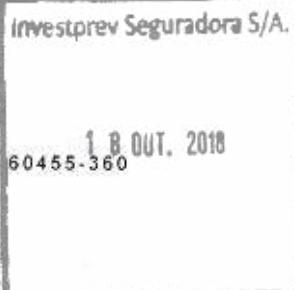
Documento requerido por meio do Processo nº **P291122/2018**.

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



Hospital Otoclinica Ltda

HO - Ficha do Pronto Atendimento Anamnese



Paciente: Antonio Evandro de Sousa Lopes  
 Data Nasç.: 30/08/1954 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: naiannefa

Retorno: Não

Anamnese: Profissional  
 05/07/2018 08:50:08

Cod Prof:  
 Marcus Vinicius Amara CRM 11138

**PACIENTE RELATA TRAUMA EM REGIAO DE COLUNA TORACO LOMBAR**

ASSOCIA A ACIDENTE DE TRANSITO

AO EXAME SEM DEFICITS NEUROLOGICOS ASSOCIADOS

NEGA OUTROS SINTOMAS NEGA TCE

SOLICITO TC DE COLUNA TORACO LOMBAR

CDT ANAI GESIA E EXAMES

Assinatura e Carimbo

Diagnóstico: Profissional

05/07/2018 20:42:31 Marcus Vinicius Amaral Barreto

Tipo Diagnóstico:

Definitivo

M54.5 Dorsalgia - Dor lombar baixa

Principal

Prescrições

Data Prescrição:

Médico:

2275840

05/07/2018 08:51:00

Dr. Marcus Vinicius Amaral Barreto (CRM 11138)

Medicamentos:

Dose: Intervalo: Via: Horário Adm.

1 Tramal 50mg ampola

1 amp Agora IV

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

2 Novogaina 500mg/mL inj. ampola cl 2mL

1 amp Agora IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 16 Mililitros de AGUA PI INJECAO AMP 10ML  
 Administrar 20 Mililitros (Agora Intravenosa)

Assinatura e Carimbo

**ANOTACOES DE ENFERMAGEM**

PA = \_\_\_\_\_ T = \_\_\_\_\_

P = \_\_\_\_\_ R = \_\_\_\_\_

Sat = \_\_\_\_\_ Glicemia = \_\_\_\_\_

Exame Laboratorial: Sim( ) Não( )

Exame Imagem RX ( ) US( ) TC( )

Encaminhado:  
 Posto: \_\_\_\_\_ H. Leito: \_\_\_\_\_  
 UTI: \_\_\_\_\_ H. Leito: \_\_\_\_\_  
 CC: \_\_\_\_\_ H.

Investprev Seguradora S/A.

**OBSERVAÇOES**

## Hospital Otoclinica Ltda

## HO - Ficha do Pronto Atendimento Anamnese



Paciente	Antonio Evandro de Sousa Lopes		Atendimento	1.774.161
Data Nasc	30/08/1956	63 Anos	Prontuário	400.141
Sexo	Masculino		Di. Entrada	12/07/2018 09:00:03
Telefone	33712273		Convênio	<b>GEAP Apartamento</b>
Setor	Pronto Atendimento / Consultório		Recepção	gerlanedbs

Retorno      Não<sup>\*</sup>

Anamnese      Profissional      Cod Prof  
 12/07/2018 09:22:09      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 JEWEEET MANTIDO  
 TRAMAL E RETORNO EM 14 DIAS  
 COM RX CONTROLE SOLICITADO E PACIENTE ORIENTADO

Assinatura e Carimbo

Diagnóstico	Profissional	Tipo Diagnóstico
12/07/2018 21:00:03	Marcus Vinicius Amaral Barreto	Definitivo
	S229 - Frat das costelas esterno e coluna	Principal

Assinatura e Carimbo

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PA = \_\_\_\_\_ T = \_\_\_\_\_

P = \_\_\_\_\_ R = \_\_\_\_\_

Sat = \_\_\_\_\_ Glicemia = \_\_\_\_\_

Exame Laboratorial Sim( ) Não( )

Exame Imagem RX) US( ) TC( )

Ercaminhado: \_\_\_\_\_  
 Posto: \_\_\_\_\_ H. Leito: \_\_\_\_\_  
 UTI: \_\_\_\_\_ H. Leito: \_\_\_\_\_  
 CC: \_\_\_\_\_ H

## OBSERVAÇÕES



Investprev Seguradora S/A.

Usuário desfecho

Página 1

CATE00424

10 OUT. 2010



GRUPO OTO



Antônio Euzebio de Oliveira Lopes

Relatório médico

Paciente com história de evolução de  
fratura de múltiplos processos espinhosos da  
coluna torácica com instabilidade axial de 04mm  
persiste com quadro de dor lombar,

sem indicar nenhuns achados laborais no  
presente momento.

\$220

HOSPITAL OTOCÍNICA LTDA.  
CNPJ 23.443.518/0001-03  
Av. Antônio Sales 100 - CEP 60135-100  
Fortaleza - Ceará  
PABX: (85) 3465.1133  
e-mail: contato@hospitalotocinica.com.br

Dr. Marcus Vinícius Amaral Barreto  
Ortopedia e Cirurgia de Coluna  
REMEC: N/A TEOT 1337

15.11.18

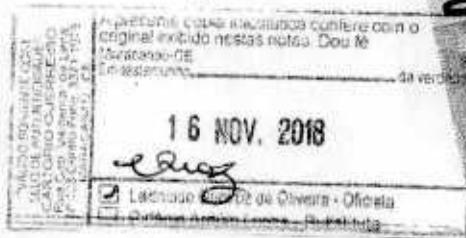
Cirurgia Médica | Traumatologia | Ortopedia  
Cirurgia | Neurologia | Ortopedia Facial

\*Prazo de Garantia facial  
de segundas a sextas de 07h às 18h

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

19 NOV. 2018

ENTRADA





**Qualidade de vida, o diagnóstico que projetamos para você.**

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 costovoertebrais com espaços reduzidos e osteófitos marginais.**

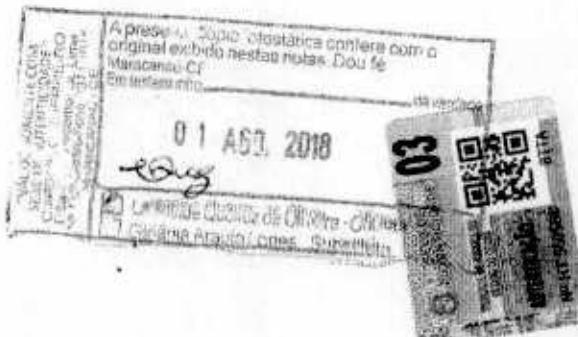
## **CONCLUSÃO:**

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

19 NOV. 2018

**ENTRADA**

**EDUARDO PORTELA OLIVEIRA  
CRM:5579**



UNIDADE ALDEOTA

Av. Antônio Sales, 990 - Hospital Otoclinica  
Fortaleza - Ceará CEP 60135-100  
85 3466 1170 - 3466 1171



UNIDADE CAUCAIA

Rua Pedro Gomes da Rocha, 550  
Centro - Caucaia - Ceará  
85.3911.1172 - 3011.1173 - 99755.1234

UNIDADE MESSEJANA

Rua Manoel Castelo Branco, 533  
Messejana - Fortaleza - Ceará  
CE 63023-1508 - 99688-0111

Hospital Otoclinica Ltda

HO - Ficha do Pronto Atendimento Anamnese



Paciente	Antonio Evandro de Sousa Lopes		Atendimento	1.774.161
Data Nasc.	30/06/1954 63 Anos		Prontuário	400.141
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	12/07/2018 09:00:03
Telefone	33712273		Convênio	GEAP Apartamento
Setor	Pronto Atendimento / Consultório		Recepção	gerlanedbs

Anamnese	Retorno	Não
----------	---------	-----

12/07/2018 09:22:39

Profissional  
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 JEWET MANTIDO

TRAMAL E RETORNO EM 14 DIAS

COM RX CONTROLE SOLICITADO E PACIENTE ORIENTADO

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Diagnóstico

Profissional  
12/07/2018 21:00:03 Marcus Vinicius Amaral Barreto  
S229 Frat de costelas esterno e coluna

Tipo Diagnóstico

Definitivo

Principal

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

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

19 NOV. 2018

ENTRADA



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI N° 6.194, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1974.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decretou 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 suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada. (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009).

§. 1º No caso da cobertura da 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 amparação 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 anatômicas 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 anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previsto na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo de cobertura. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica 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.**

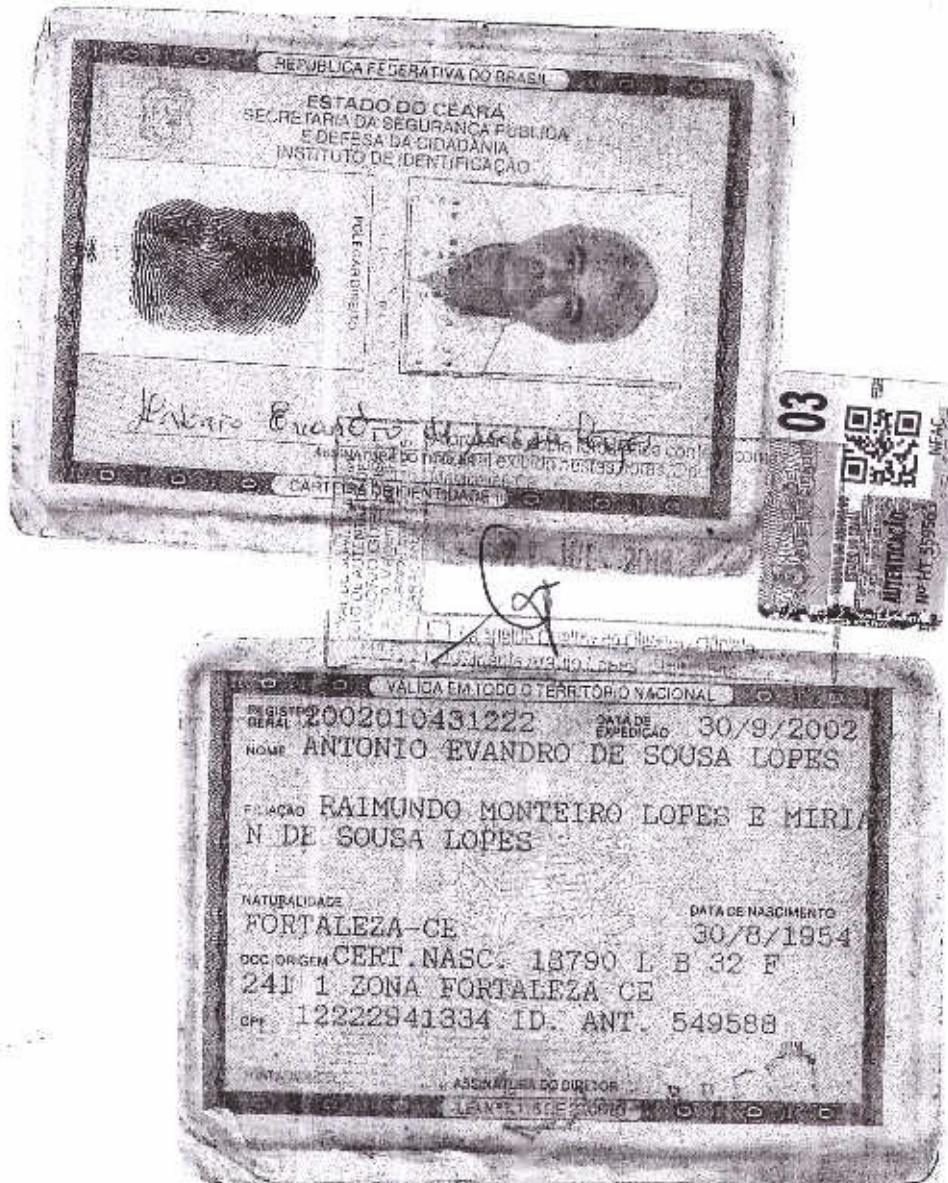
**PARA FINS DE FALICITAR O ENTENDIMENTO DO DANO PESSOAL SOFRIDO PELO SEGURADO E EVITAR UM PENDENCIAMENTO DESNECESSÁRIO OU UMA INJUSTA NEGATIVA SEM PERICIA, SEGUO ABAIXO, O ENQUADRAMENTO DO DANOS PESSOAL DO SEGURADO:**

Danos Corporais Totais Repercussão na Integra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda	REPERCUSSÃO			
		INTENSA	MÉDIA	LEVE	SEQUELA RESIDUAL
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica 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 acentuado; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100				
Lesões de órgãos 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 baixa comprometimento de função vital					
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussão em Partes de Membros Superiores e Inferiores		Percentuais das Perdas	REPERCUSSÃO		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70				
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50				
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25				
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10				
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais		Percentuais das Perdas	REPERCUSSÃO		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da falação (mudança 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 PERDA: (85) 3014 7961  
9 8841 6709  
9 8892 3508

Investprev Seguradora S/A.

18 OUT. 2018



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      **Data do acidente:** 05/07/2018      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
LOPES

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

**Data da análise:** 26/11/2018

**Valorização 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 TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "H. R. Rosito".

## PF OCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão PEDREIRO, residente e domiciliado à Rua 15 n° 610, bairro NOVO MARACANAÚ, Municipio de MARACANAÚ, Estado de(o) CEARÁ, Cep.: 61.900-000 portador(a) do RG nº 202010431222, SSP/CE e CPF nº 122.229.413-34

Outorgado: CELIA NUNES DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADA profissão AUTONOMA, residente e domiciliada à Rua 08 n° 550, bairro NOVO MARACANAÚ, Municipio de MARACANAÚ, Estado de(o) CEARÁ, Cep. 61.905-510, portador (a) do RG nº 26.517-4193, SSP/CEARÁ e CPF nº 347.084.482-87

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado(a) seu bastante procurador(a) para o fim especial de requerer junto à qualques seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) r.(a) ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES, ocorrido em 05/07/18, com o 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/Cédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinal todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e eficiente cumprimento do presente mandato.

MARACANAÚ, 07 de AGO 2018, de 2018

CARTÓRIO  
GUERREIRO

Antônio Evandro de Araújo Lopes

Outorgante  
CPF Nº 122.229.413-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO GUERREIRO Rua Cap. Valdemar de Lima nº 123-Centro-Fone: 3371-1076 MARACANAÚ CE		Reconhecido por autenticidade a(s) firma(s) de: Gislânia Araújo Lopes Data: 07/08/2018 Doc. nº: Maracanaú 42-1	Investigadora Seguradora S/A	02
		07 AGO. 2018	07 AGO. 2018	02
		Embaixo Gislânia Araújo Lopes - Substituta Laisneide Queiroz de Oliveira - Oficiala	da verdade	

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380050/18

**Vítima:** ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

**CPF:** 122.229.413-34

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora 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

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO EVANDRO DE SOUSA LOPES

ANDERSSON COSTA SILVA