

# 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: 17/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00926

CONTA: 000000044247-6

---

Nr. da Autenticação 827DA66848B18CD9

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190526263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/10/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 23/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P6/7)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR  
ESQUERDO.

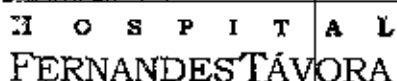
**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



www.hospitalfernandestavara.com.br E-mail: hospitalfernandestavara@gmail.com

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
	<b>SOROS</b>		
553-3	Solução frutose 500ML	Tubo	
553-3	Solução de Manitol 250ML	Tubo	
559-2	Solução de Ringer lactato 500ML	Tubo	
557-6	Soro fisiológico 0.9% 250ml	Tubo	
556-8	Soro fisiológico 0.9% 500ml	Tubo	
1901-1	Soro fisiológico 1 000ml	Tubo	
558-4	Soro glicosado 5% 500ML	Tubo	
	<b>MATERIAIS</b>		
	CATETER INTRAVENOSO		
	AGULHA DESC. PERIDURAL		
	AGULHA DESC. P/RAQUE		
	EQUIPO P/ SORO		
	SONDA ASP. TRAQUEAL		
	SONDA ENDOTRAQUEAL		
	SONDA NASOGÁSTRICA		
	<b>GASES MEDICINAIS</b>		
	AR COMPRIMIDO		
	GÁS CARBÔNICO		
	OXIGÊNIO		
	OXIDO NITROSO		
	<b>SANGUE - HEMODERIVADOS</b>		
	SANGUE		
	PLASMA		
	ALBUMINA		
	PAPAHEMÁCIAS		
	<b>USO DE APARELHO</b>		
	CAPNÓGRAFO	n	
	MONITOR	b	
	OXÍMETRO	b	
	<b>JUSTIFICATIVA</b>		
	MEDIDA		

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 17/07/2019 11:33:7

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 02/10/2018 21:12:20			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CNS: 706204011348883		NOME: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA			Registro: 5583283				
CPF: 01267136333		RG: 20000103686		D. NASC: 01/12/1984		ESTADO CIVIL: SEXO: M RAÇA/COR: Amarela			
NOME DA MÃE: KATIA SOUZA DE OLIVEIRA				NOME DO PAI: LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: BOM JESUS			Nº: 2832		BAIRRO: GRANJA LUSCOA		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 988888400		MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE		CEP: 60540255	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL									
NOME: LILIAN - SAMU USB 88, COND. MENDES				PARIENTESCO: ESPOSA		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO									
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta									
QUEIXAS: hoje colisão moto com carro, trauma de fêmur						Investprev Seguradora S/A			
OBSERVAÇÕES: mecanismo de trauma significativo									
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		11 SET 2019			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:						CNPJ: 42.366.302/0001-28			
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese:									
Exame Físico:									
Conduta:									
17 07 2019 13826 Eduardo de Lima									
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:									
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:									
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



# HOSPITAL FERNANDES TAVORA

PROTESTO - HAVIA

Atestado por Luiz Alvaro  
da Silva a Oliveira  
trabalha com frequência de  
feitura de feiras segundas  
a quarta e alta de sexta-feira

Investprev Seguradora S.A.  
11 SET 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

14/05/19 Instituto Clinico de Portales S/C Ltda.  
Av. Francisco Sa, 5445 - Alvaro Werner - Fortaleza - CE - CEP 60.510-000  
Fone/Fax: (81) 3228.2635  
www.hospitalfernandes-tavora.com.br  
E-mail: hospitalfernandes-tavora@ig.com.br

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)  
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

[ INTERNAÇÃO ]

Número Data Hora Convênio/Plano  
281821004681 05/10/2018 16:44 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S  
Médico Solicitante  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Médico Responsável  
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342  
Procedimento Solicitado  
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

[ ACOMODAÇÃO ]

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
223/3 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM

[ PACIENTE ]

Nome LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA  
Nascimento Idade Religião Sexo  
01/12/1984 33 Anos NÃO INFORMADO MASCULINO  
Prontuário 2447981  
Registro 201802570004271

[ DADOS DA ALTA ]

Diagnóstico Principal  
S822 - FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR  
Procedimento Realizado  
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR  
Data Hora Motivo  
08/10/2018 16:19 ALTA MELHORADO

[ DECLARAÇÃO ]

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 08 de outubro de 2018

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: manuela.asfor

Data: 08/10/2018 Hora: 16:20:07

FICHA DE INTERNAÇÃO

Dias  
4

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

X Wilson Alexandru de Sava Alvaro



HOSPITAL  
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0  
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CR  
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555  
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 11/07/2019

Nome do paciente:	D. S. M. F. Fernandes Távora		
Nº Prontuário:	24741	Categoria:	
Clínica:		Leito:	
Cirurgião:	Dr. Carlos Augusto		
Anestesiista:	Dr. Carlos Augusto		
Tipo de Anestesia:	Gerais		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Mariana		
Circulante:	Rosa Rêta		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Hernia		
Tipo de Operação/ Código:	[1][5][9][5][0][2]		
Diagnóstico Pós-Operatório:	2408050519		
Relatório Imediato do Patologista:	2408060190		
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	20 unid		

Investprev Seguradora S/A

11 SET 2019

CNPJ 42.366.302/0001-28

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
13:30	14:50	
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)	Minutos c/ Acréscimo	
Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:	
	LIMPA:	
	POT. CONTAMINADA:	
	CONTAMINADA:	
	INFECTADA:	

Assinatura da Enfermeira(o)

Maria Margarete Mendes Pontes  
CRM: 3021  
CPF: 045.085.213-04

Assinatura Anestesiista

MODELO 8.0

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

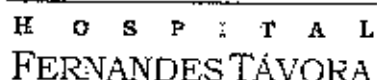
- American
- program
- can be
- must
- Bider
- from
- or
- R
- for
- out

Investprev Seguradora S/A	
---------------------------	--

11 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura do Colegiado (Carimbo)



**Data**

## FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Lucas Rodrigues Pereira de Oliveira</u>			
Nº Prontuário: <u>24494</u>	Nº Controle: <u>1</u>	Enf: <u>1</u>	Leito: <u>1</u>
Cirurgião: <u>Lucas</u>	Tempo de Sala: <u>1h 10m</u>	Tempo de Oxigênio: <u>1h 10m</u>	

DATE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP	PR. ART.
2/11/11	81 kg	1.75 m	M	36	72	17	MAX 110
TIPO SANGUINEO	HEMICIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	URINA	
	1.12 mm	12.4 g/dL	35%	0	2.1 mg/dL	0 mm	

Ap. Respiratório:	Ap. Circulatório:	Ap. Digestivo:	Ap. Urinário:	Diagnóstico Pré-Operatório:	Asma:	Brônquite:
		Dentes:	Pescoco:		E.C.G.:	
					Alergia:	
					Estado Mental:	
					Ataraxicos:	

Anestésias Anteriores: <i>None</i>			Corticóides: <i>None</i>	Investigação Seg
Medicação Pré-Anestésica: <i>Atropina 1mg</i>	Aplicada as: <i>10h</i>	Efeito: <i>Normal</i>	Hipotensores: <i>None</i>	
			Outras Drogas: <i>None</i>	

Agências Ant. Mécenas	20		INDUÇÃO	
			Satisf.	ENPJ: 42.366.2
Liquidos			Tosse	
			Laringoespismo	Lenta
			Náuseas	Vômitos
			Outros	

Gráfico de evolução da pressão arterial durante a anestesia. O eixo vertical representa a pressão arterial em mmHg, variando de 20 a 280. O eixo horizontal representa o tempo em minutos, variando de 0 a 120. A curva mostra uma queda inicial da pressão arterial, estabilizando-se em torno de 100 mmHg após 30 minutos, e mantendo-se estável até o final da anestesia em 120 minutos. Há uma linha de referência horizontal em 100 mmHg.

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Obstr.	Co2
POSICÃO	Excit.	Náuseas
AGENTES	Vômitos	Queros
TÉCNICA	Pelo direito com capula	
OPERACÃO	SIM NÃO	
CIRURGIÕES	Condições	
ANESTESISTAS		
TEMPO DE ANESTESIA Des.	hrs	mins
Anestesia:	Perda sanguínea aprox. .... m	
	Volume sanguíneo resíduo	

Assma:	Branquite:
E.C.G.:	
Alergia:	
Estado Mental:	
Ataraxicos:	
Corticóides:	
Hipotensores:	
Outras Drogas:	

Investprev Seguradora S/A

11 SET 2019

INDICAÇÃO	
Satisf.	ENPJ: 42.366.302/0001-28
Tosse	
Laríngeospasmo	Lenta
Náuseas	Vômitos
Outros	

MANUTENCAO

Anestesia Satisfatória	
SIM	NÃO
DESPERTAR	
Reflexos na S.O	
Obstr.	Co2
Excit.	Náuseas
Vômitos	Outros
Para o leito com capula	
SIM	NÃO
Condições	
Perda sanguínea aprox.	ml
Volume sanguíneo repouso	ml

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190526263 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/10/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 20/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P6)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 012571353-33 Nome completo da vítima: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 425/2012

Nome completo: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA CPF: 012571353-33

Profissão: ELETICISTA Endereço: RUA BOM JESUS Nº 02632 CS B Número: 2632 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: BOM JARDIM Cidade: FORTALEZA Estado: CE CEP: 60540250

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 85 997449903

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

### DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos Aberto, Açuleiro e Itaú)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 00044247

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Investprev Seguradora S/A

11 SET 2019

CNPJ: 42.366.802/0001-28

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.104/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau da Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2879 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/08/2019 11:02:40**  
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2018 16:50:00**  
Endereço da Ocorrência: **R ANTERO QUENTAL, PAUPINA - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **PROX A PRAÇA FERNANDO DE NORONHA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **01/12/1984** CPF: **012.571.353-33**  
RG: **2000010368613** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Investprev Seguradora S/A

Filiação: **KATIA SOUZA DE OLIVEIRA**  
**LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA**

11 SET 2019

Endereço: **RUA BOM JESUS, 2632 CASA B**

Bairro: **BOM JARDIM**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.540-250**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98528-5799**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NUW3137** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110AR091433** Renavam: **270518894** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ELIVARDO JESUS DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NUW-3137-CE E TINHA UM GARUPA; QUE TRAFEGAVA PELA RUA ANTERO QUENTAL NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR DESVIAR UM CAMINHAO DE PLACAS NAO ANOTADAS, QUE ESTAVA PARADO NA VIA, INVADIU A CONTRAMÃO DE DIREÇÃO DA VIA E OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///  
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

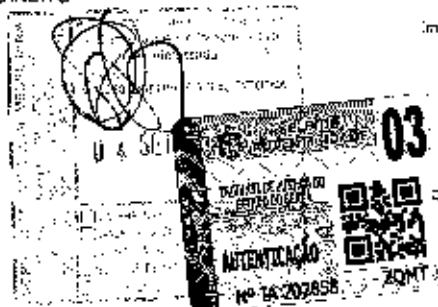
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Luiz Alessandro Souza de Oliveira*

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Construção em: 28/08/2019 11:14:40

Impressão em: 28/08/2019 11:14:20





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impressão nº 2019597078



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 381 - 2879 / 2019

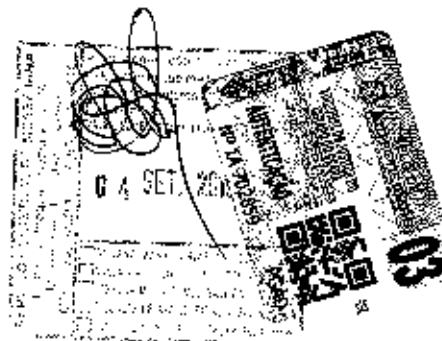
VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMA - MAT.: 012875-1-6

Investprev Seguradora S/A

11 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28





## DECLARAÇÃO



**192**

PRONTO-SOOR FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Luiz Alessandro Souza de Oliveira** - C.P.F. - **012.571.353-33**, no dia **02/10/2018**, às **20h23min**, na **Rua Antero Quental**, no **Bairro Paupina**, vítima de acidente de trânsito.

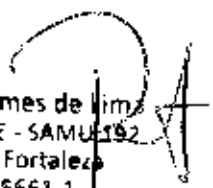
Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pelo Sr. **Antônio Augusto Costa de Sousa** por meio de **11 SET 2019**  
Processo nº **P778025/2019**.

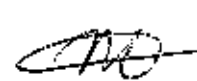
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Fortaleza, 19 de Julho de 2019.

Atenciosamente,

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

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Marcelo César Campos Cabral  
@AME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45880-1

**Marcelo César Campos Cabral**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

