

# 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 FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



HOSPITAL  
FERNANDESTÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.  
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENTO  
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE  
CEP 60.310-002 • Fone/Fax: (85) 3228.2555  
[www.hospitalfernandestavora.com.br](http://www.hospitalfernandestavora.com.br) E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

## PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

WATIE C. S.

## Registro de Atendimento Emergencial

<b>REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL</b>					DATA/HORA: 02/10/2018 21:12:20
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
CNS: 706204011348863	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: LUIZ ALDO DE OLIVEIRA COSTA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: BOM JESUS		Nº: 2632	BAIRRO: GRANJA LISBOA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988888400	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60540255	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL</b>					
NOME: LILIAN - SAMU U98 08, CÓD. MENDES		PARENTESCO: ESPOSA	TELEFONE:		
<b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIPRO DO CHAER:		
<b>ACOPLAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>					
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					
OBSERVAÇÕES: mecanismo de trauma significativo					
<b>SINAIS VITais</b>					
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					
<b>ATENDIMENTO MÉDICO</b>					
Anamnese:					
Exame Físico: <i>17/07/2019</i>					
Conduta: <i>13826</i> <i>Eduardo L. Corrêa</i>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:				



**H O S P I T A L  
FERNANDES TAVORA**

PAPERS 27, 28, 29

MARCH 1955

W. G. - 1967

卷之三

11. *Leucosia*

Investprev Seguradora S.A.

11 SFT 2019

CNPJ 42.366.302/0001-28

4-3-149 **Invitation Letter to President of the  
EAST - ALBERT BIRNBOIM - FOR 1947 - C.R. SEP 6 1947 (100)**  
Dr. FRANCIS B. HARRIS, **President**  
Johns Hopkins University  
Baltimore, Maryland  
Dear Dr. Birnboim:

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

— [ INTERNAÇÃO ] —

Número Data Hora Convênio/Plano  
 201821004681 09/10/2018 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  
 6498850500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

— [ ACOMODAÇÃO ] —

Acomodação/Leito 223/3	Tipo de Acomodação ENFERMARIA	Clinica CLÍNICA CIRÚRGICA	Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM	Univesimprev Seguradora S/A
---------------------------	----------------------------------	------------------------------	--	-----------------------------

— [ PACIENTE ] —

Nome LUTZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA	Prontuário 2447981	11 SET 2019
Nascimento 01/12/1984	Idade 33 Anos	Sexo MASCULINO
Religião NÃO INFORMADO		CNPJ: 42.366.302/0001-28
		Registro 201802570004271

— [ DADOS DA ALTA ] —

Diagnóstico Principal  
 S822 - FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR  
 Procedimento Realizado  
 6498850500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 LUTZ 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

*Lutzen Alessandro Souza Oliveira*

Nome Legível

*Manuela*

Assinatura

Enfermeira(s)  
Responsável  
pela Liberação

*Manuela Soledade T. Afonso*

Nome Legível

*Manuela Afonso*

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: manuela.esfor

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

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA  
 AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO NEYNE - FORTALEZA(CE)  
 CNPJ: 07.275.884/0001-15 CNES: 252004-3

FICHA DE INTERNAÇÃO				
[ ADMISSÃO ]				
Número 261821004681	Data 05/10/2018	Hora 16:44	Convênio PRAXIS	Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO SISREG AIH
Caráter de Atendimento ELETIVO				
Origem do Paciente IJF	Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPÉDIA			
Médico Solicitante 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO	Médico Responsável 5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO			
Procedimento Solicitado 0408050588 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÉMUR				Dias 4
[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]				
Nome LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA				Sexo MASCULINO
Nascimento 01/12/1984	Idade 33 Anos	Raça/Cor PARDA	Estado Civil CASADO(A)	Relação NÃO INFORMADO
Mãe KATIA SOUZA DE OLIVEIRA	Pai LUZIAILDO DE OLIVEIRA COSTA			11 SET 2019
Conjuge LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA	Responsável LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA			Prontuário ONPRE 2366.302/0001-28
CNS 706204011348963	Registro 201802570004271	Documento Informado RG: 2000010368613	Emissão: 13/10/2009	
País BRASIL	Município de Naturalidade FORTALEZA/CE			CEP 60010-000
Município de Residência FORTALEZA/CE	Logradouro RUA BOM JESUS			
Número 2332	Complemento CS. B	Bairro GRANJA LISBOA		
Fone Móvel (85)9966.89400	Fone Fixo (85)3213.2251	Ponto de Referência		
Síntese do Mercado de Trabalho/Profissão (CBO) EMPREGADO FORMAL / ELETRICISTA DE INSTALAÇÕES (EDIFÍCIOS)				
[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]				
Em caso de urgência avisar LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA				Acomodação/Leito 222/3
Tipo de Acomodação ENFERMARIA	Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA	Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03		
Atendente: daiane.mariano	Data: 05/10/2018			Tempo: 00:09:07
[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]				
LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA OLIVEIRA, abaixo assinado, responsável pelo paciente LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(s) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.				
FORTALEZA(CE), 05 de outubro de 2018 <b>RESPONSÁVEL</b> <b>TESTEMUNHAS</b>				

*Lilian Alexandre de Souza Oliveira*



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 11/11/19

Nome do paciente:	José Alves de Oliveira		
Nº Prontuário:	24-741	Categoria:	
Clinica:	HFT		
Cirurgião:	Dr. José Alves de Oliveira		
Anestesista:	Dr. José Alves de Oliveira		
Tipo de Anestesia:	Geral		
1 Auxiliar:	Dr. José Alves de Oliveira		
2 Auxiliar:	Dr. José Alves de Oliveira		
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Bárbara		
Circulante:	Bárbara		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Tumor		
Tipo de Operação/ Código:	Investprev Seguradora S/A		
<input type="checkbox"/> 11 SET 2019			
Diagnóstico Pós-Operatório:	54080504719 - Tumor		
Relatório Imediato do Patologista:	5408060150 - Tumor		
Exame Radiológico no ato:	Oncologista		
Acidente e Incidentes:	Nenhum		

Contagem de Compressas: 100			
	Ínicio da Cirurgia 13:30	Término da Cirurgia 14:50	Duração da Cirurgia
	Ínicio 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)

Menina  
CRM: 201  
CPF: 045.053.213-04

Assinatura Anestesista

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Função
- processos → análise
- corpos análise
- manter em com 5
- Reclamar a petro de gas  
fim → deve a projetos
- orçamento
- Re control
- funções → plano
- análise

Investprev Seguradora S/A

11 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura do Setor (Carimbo)

MODELO 80



FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente:

*Edinei Fernandes Góes de Oliveira*

Nº Prontuário:

*2142981*

Nº Controle:

Enf:

Leito:

Cirurgião:

*Dr. André*

Tempo de Sala:

Tempo de Oxigênio:

PADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

TEMP:

PULSO:

RESP:

PR. ART.

MAXIM.

TIPO SANGUINEO:

HEMÁCIAS:

HEMOGLÓBINA:

HEMATÓCRITO:

GLICEMIA:

UREIA:

MIRINA:

7.8 Kg

145 cm

72.4 g/dL

35%

100 mg/dL

100 mg/dL

100 mg/dL

Ap. Respiratório:

Normal

Respirado

Normal

Normal

Normal

Normal

Ap. Circulatório:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Ap. Digestivo:

Normal

Normal

Dentes:

Normal

Pescoco:

Normal

Normal

Normal

Ap. Urinário:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Diagnóstico Pré-Operatório:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Anestesias Anteriores:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Medicação Pré-Anestésica:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Adesivos:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Ataraxicos:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Corticoides:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Hipotensores:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Outras Brógas:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

11/SET 2019

INJUÇÃO

Salif.

Tosse

Larinquespasmus

Lenta

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CÓDIGOS  
P: Anest. O: Relax. O: Respiração  
A: Anestesia O: Operação

SÍMBOLOS E  
ANOTAÇÕES

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

POSÇÃO:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

AGENTES:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

TÉCNICA:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

OPERAÇÃO:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

CIRURGIOS:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

ANESTESESTAS:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

TIPO DE ANESTESIA: Gas:

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Normal

Gasas:

# 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 FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL: <b>012571353-33</b> Cpf da vítima: <b>012571353-33</b> Nome completo da vítima: <b>LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA</b>				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE CADASTRO E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. NO 43/2012				
Nome completo: <b>LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA</b> Cpf: <b>012571353-33</b> Profissão: <b>ELETROLISTA</b> Endereço: <b>RUA BOM JESUS N° 02632 CS B</b> Número: <b>2632</b> Complemento: <b>...</b> Bairro: <b>BOM JARDIM</b> Cidade: <b>FORTALEZA</b> Estado: <b>CE</b> CEP: <b>60540250</b> Tel. (DDD): <b>(85) 997449903</b> E-mail: <b>...</b>				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa (ANEXAR CÓPIA).				
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b> <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Adote a opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		Nome do BANCO: <b>Investprev Seguradora S/A</b> Agência: <b>0926</b> Conta: <b>00044247</b> (6) 11 SET 2019 (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) (Informar o dígito de verificação) CNPJ: 42.366.302/0001-28
Autorizo a Seguradora Lider 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.				
<b>DECLARAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO IMI - PRESENTEAMENTE SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalides permanente, sem ver que (assinalar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou rendendo ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vôivo Data do óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avôs vivo(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, aliada, 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 209 do Código Penal.				
Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____  1º Assinatura de quem assina o RG <b>Luiz Alessandro Souza de Oliveira</b> Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)				
TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura 2º   Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura				
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)				
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher entre posso alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, à seu RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.				



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **LUÍZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **01/12/1984** CPF: **012.571.353-33**  
RG: **2000010368613** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **KATIA SOUZA DE OLIVEIRA**  
**LUZIAALDO DE OLIVEIRA COSTA**  
Endereço: **RUA BOM JESUS, 2632 CASA B**  
Bairro: **BOM JARDIM**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL**

Investprev Seguradora S/A  
UF: **CE**  
11 SET 2019  
CNPJ: **42.366.302/0001-28**

CEP: **60.540-250** 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 Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO ELIVARDO JESUS DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

*Histórico*

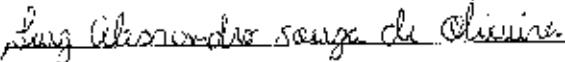
AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NUW-3137-CE E TINHA UM GARUPA; QUE TRAFEGAVA PELA RUA ANTERO QUENTAL NA FAIXA DA ESQUERDA; QUE UM VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR DESVIAR UM CAMINHAO DE PLACAS 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:

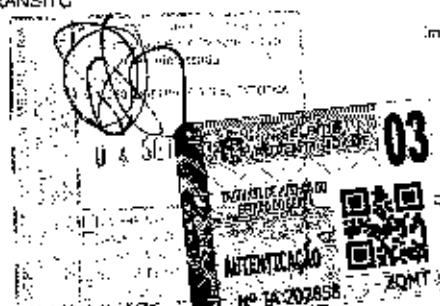
  
**Luiz Alessandro Souza de Oliveira**

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 28/08/2019 11:14:20

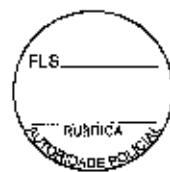
Pág. 1 de 2

Impresso 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  
Impresso nº 2019597078



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2879 / 2019

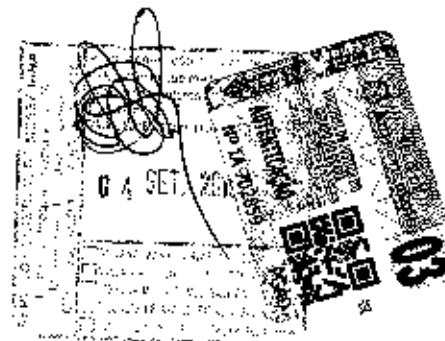
VISTO DO DELEGADO(A) :

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

Investprev Seguradora S/A

11 SET 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28





## DECLARAÇÃO

192

Pró-Gabinete SAMU 192

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 SET 2019  
Processo nº **P778025/2019**.

Investprev Seguradora S/A  
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  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45880-1

Marcelo César Campos Cabral  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

