

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00649-1

CONTA: 000000057926-2

Nr. Autenticação

BRDESCO2309201905000000000023700649000000057926202500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497860 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/05/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,RAFIA E IMOBILIZAÇÃO COM TALA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA: 02/09/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM QUARTO PODODÁCTILO DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM QUINTO PODODÁCTILO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM QUARTO E QUINTO PODODÁCTILOS DIREITOS, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497860 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/05/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,RAFIA E IMOBILIZAÇÃO COM TALA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA: 02/09/2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM QUARTO PODODÁCTILO DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM QUINTO PODODÁCTILO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM QUARTO E QUINTO PODODÁCTILOS DIREITOS, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190497860
Nome do(a) Examinado(a): Matheus Augusto de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pro Joaquim Manoel de Macedo, 2048
Henrique Jorge Fortaleza CE CEP: 60733-110
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2008010268592
Data local do acidente: [21/05/2019]
Data local do exame: [14/09/2019] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: RAFIA E IMOBILIZAÇÃO COM TALA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM
Data da Alta: 02/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO DO 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITOS
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITOS PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.
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 o 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" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

D. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

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: 634.940.323-00 Nome completo da vítima: Matheus Augusto de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Matheus Augusto de Oliveira CPF: 634.940.323-00

Profissão: Autônomo Endereço: Rua Joaquim Manoel de Melo Número: 2048 Complemento: _____

Cidade: Santolândia Estado: CE CEP: 60525-080

E-mail: _____ Tel. (DDD): 85 3199-6026

DADOS CADASTRAIS

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECUSO 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 POUPANÇA (Exclusiva para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0549 CONTA: 579.06

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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 assinado, 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

REC 6 AGO 2019

Nome: _____

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou com panheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou com panheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 259 do Código Penal.

Local e Data: Santolândia, 23 de Agosto de 2019

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGO

K. MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
COS3145 SLP CENTER BOX 30A 22/08/2019

11:00:00 (Horário de Brasília)
*****9504 ID:73120011-6985

Extrato

EDM - BRANCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.053145

MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA 11:00HR
AGENCIA 0649 CONTA 0057976-2 22/AGO/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 50,38-
+ CONTA FACIL (C/C + FOLP) 50,38-
TOTAL DE RECURSOS 50,38-

MOVIMENTAÇÃO - CONTA FACIL-(C/C + FOLP)
----- JUNHO/2019 -----
DIA HISTORICO N.DCOTO VALOR
28 SALDO ANTERIOR 950,02
----- JULHO/2019 -----
01 SQ C/C BCO24H 2906395 950,00-
00057861 29060819
S A L D O 0,02
15 TARIFA BANCARIA 0010719 0,02-
VR.PARCIAL CESTA B. EXPRESSOS
S A L D O 0,00
----- AGOSTO/2019 -----
22 TARIFA BANCARIA 0010719 25,18-
CESTA EXPRESSO 5 -
TARIFA BANCARIA 0010819 25,20-
CESTA EXPRESSO 5 -
SALDO TOTAL 50,38-

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUPANCA FACIL-DEPOS. A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 22/08/2019
27 0,00 0,00
TOTAL 0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC - Alo Bradesco - 0800 704 8383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0093
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 727 5933 das 8 as 18h,
segunda a sexta-feira, exceto feriado.
Declaracao de Quitacao Anual de Tarifas
PF ja esta disponivel para consulta.

Obrigado
"Tenha um bom dia"

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
validade de 5 anos. Evite contato com
produtos químicos, exposição
à luz do sol e lâmpadas.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
REC 28 AGO 2019
Nome: _____



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco José Oliveira de Vasconcelos,

RG nº 96002097952, data de expedição 05/09/2018

Órgão SSP, portador do CPF nº 77793862368,

com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

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

Joacima Manoel Macedo, nº 2048,

complemento ALTOS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era

HABILITADO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: FAW ESD1 160 FAN Ano: 2015

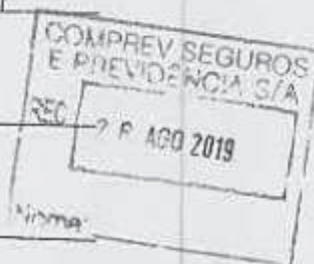
Placa: PME 5981 Chassi: 9C2KC22006R022001

Data do Acidente: 21/05/2019

Local e Data: Fortaleza Ceará 21-05-2019

Francisco José Oliveira de Vasconcelos

Assinatura do Declarante



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

Cartório Cavalcanti Filho

Cartório de Registro de Imóveis

Rua Maranhão, 155 - CEP: 13.220-010 - Paragominas - Pará - Brasil
Fone: (0800) 222-1111 / Fone: (0800) 222-1111

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:

FRANCISCO JOSÉ OLIVEIRA DE VASCONCELOS

e doc. ff. Fortaleza, 24 de maio de 2019, 15:53:33. Cod.: (9942678171420)

Regina Garcia da Costa Farias (Escrevente Autorizada)

Esol.: R\$ 5,29 TAXAS: R\$ 2,16 Total: R\$ 7,45 Func: arcia

Valido somente com o selo de autenticidade

CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO

RECEBIMOS
DE
R\$ 084010
COTW

CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-32-06 | Central Ombudsman: 0800-022-32-35

Eu, Francisco José Oliveira de Vasconcelos,

RG nº 96002097952

data de expedição 25/09/2019

Órgão SSP

portador do CPF nº 77793862368

com domicílio na cidade de FORTALIZA

no Estado de

CEARA

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Joaquim Manoel Macedo

nº 2048

complemento ALTOS

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA

cujo o condutor era

MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: FAW ESD 160 FAN Ano: 2015

Placa: PME 5981 Chassi: 9C2KC22006R022001

Data do Acidente: 21/05/2019

Local e Data: FORTALIZA CEARA

21-05-2019

Francisco José Oliveira de Vasconcelos

Assinatura do Declarante

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

Cartório Cavalcanti Filho

Rua: RUA JOSÉ CAVALCANTI

Av. 7 de setembro, 101 - CEP 10.000-000 - Foz de Iguaçu - Paraná - Brasil
Fone: (051) 3333-0000 e Fax: (051) 3333-0000 e e-mail: cavalcanti@cartorio.com.br

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:

FRANCISCO JOSÉ OLIVEIRA DE VASCONCELOS

e Sou ff. Fortaleza, 26 de maio de 2019. (15:53:35, Cod.: 199C27877409)

Regina Maria da Góia Farias (Escrevente Autorizada)

Escr.: 89 3,29 VASCOB 89 2,14 (Total: 89 5,43) Foz de Iguaçu

Válida somente com o selo de autenticidade e FILHO

CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO

CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO
CAVALCANTI FILHO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

REC. AGO 2019

Nome:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019334786



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111 - 3647 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/05/2019 19:33:59**
Data / Hora da Ocorrência: **21/05/2019 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ENTRE FACULDADE CEARENSE E CAMPO DO CEAR**
Complemento:
Bairro: **DAMAS** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **16/09/1998** CPF: **624.940.323-00**
RG: **2008010268592** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **JESIANE DE OLIVEIRA MARQUES**
Endereço: **RUA JOAQUIM MANOEL DE MACEDO, 2048**
Bairro: **JOAO XXIII**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8904-2690**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **PME5981** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2200GR022001** Renavam: **1076654840** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO JOSE OLIVEIRA DE VASCONCELOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**
- 2) Placa: **PNQ7408** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BD19713VG3272475** Renavam: **1063274823** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **ROVANIA MARREIRO CRUZ** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Informa o declarante que estava transitando no endereço referenciado, quando foi ultrapassar um veículo TÁXI de placa PNQ7408; QUE no momento da ultrapassagem o veículo fez a conversão a esquerda, colhendo o declarante, que estava em sua motocicleta PME5981; QUE de imediato o condutor do veículo táxi desceu e conversou com o declarante que estava deitado no chão; QUE segundo o declarante o condutor do táxi disse que foi desviar de um buraco, em seguida entrou em seu veículo e foi embora, deixando o declarante no chão sem prestar socorro; QUE NADA MAIS DISSE. //IIIIII

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

VICTOR CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA COSTA - MAT.: 30.18693

DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 21/05/2019 19:44:57

Pág. 1 de 2

Impresso em: 21/05/2019 19:44:57



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 11. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019334786



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111 - 3647 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA		Nº DO REGISTRO 339886		Nº DO SE 273090	
NOME DO RESPONSÁVEL JESIANE DE OLIVEIRA MARQUES		NOME DO RESPONSÁVEL NI		NOME DO RESPONSÁVEL PARDON	
ENDEREÇO RUA JOAQUIM MANUEL DE MACÊDO 2349 JOÃO XXIII		CIDADE FORTALEZA		UF CE	
CEP 60.525-333					
OCCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA REFERE TRAUMA 4º DODDÁCTILO + TRAUMA EM MSE		MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO		ESTADO DE CONSC. 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI	
TEMPERATURA NI°C		FREQ. CARDÍACA NI		GLUCOSE NI	
CORDEIRO VERDE		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA ANTONIA MONTEIRO DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/05/2019 15:57:55	
ÁREA DE ATENDIMENTO					
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
HISTÓRIA					
<i>Doct. refre: "pedra de mto" / pro</i>					
<i>Tra. lateral-ent. p. n</i>					
<i>03325 01 00</i>					
COD. PROCEDIMENTO					
DI					
EXAT. SINTOMAS () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>2. fx ap. de 4AM - 5PM</i>				<i>REC</i>	
<i>Rec. p. n</i>		<i>Rec. p. n</i>		<i>REC</i>	
<i>Rec. p. n</i>		<i>Rec. p. n</i>		<i>REC</i>	
TIPO DE ALTA/BAIXA					
DECISÃO MÉDICA () À PEDIDO () EVASO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL					
CRATE E ASSIN. JATO DO MÉDICO EPELIDURIA					



Declaro por Francisca Antonia Monteiro da Silva em 21/05/2019 às 15:58:12
verificar serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Paulo Elivel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314 SBOT: 11233

MATHEUS AUGUSTO
matheus augusto de oliveira

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mônica Saba
Mat.15984