

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 322 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO

RG nº 2003097012055, data de expedição 09/07/10

Órgão SSP, portador do CPF nº 605 701.863-07

com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de

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

R. CONEGO DE CASTRO, nº 4500

complemento BL 63 AP 107, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ, cujo o condutor era

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CG 125 FANES Ano: 2011

Placa: QCD 8617 Chassi: 9C2JC4120CR500210

Data do Acidente: 19/11/18

Local e Data: Fortaleza, 08 de Março de 2019

x Samuel de Carvalho Sousa Marciano

Assinatura do Declarante

CAK LIDER
MONDUBIM

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

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO DISTRICTAL DO MONDUBIM
ALEXANDRA JACKELINE NOURA ROLIM SILVA - OFICIAL INTERINA
SUBSTITUTA: SARAH PHILIMENO PORTES
CNPJ: 14.188.868/0001-80 - Rua Clemente Silva, Nº 251 A - Mondubim - CEP: 61.711-445 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3296.2821 / 3467.9709 - E-mail: cartorioesmondubim@hotmail.com.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO
que conferem o padrão cdo, data e assinatura, por ele
Fortaleza, 8 de março de 2019. Em test. da verdade.

Regina Celia Rodrigues Almeida - Reconhecendo Autorizada
Valor Total R\$ 7,41

Regina C. A. Almeida



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 19/11/2018 09:24:39	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700009600782804	NOME: DANILLO ALISON MIRANDA CRUZ				Registro: 5590255		
CPF: 05225077300	RG: 20000024307	D. NASC: 02/02/1987	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ				NOME DO PAI: JOSE AMARILDO DA CRUZ			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ENSTEN		Nº: 2446	BAIRRO: PARQUE SAO JOSE			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 985487884	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 80730520		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USA 04 COND DENIS		PARENTESCO: A MAE		TELEFONE: 985487884			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAUMA NA CABEÇA + ENTUBADO + GRAVE + FRATURA DE PUNHO E							
OBSERVAÇÕES: TCE/RESP INADEQUADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Estado de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese							
Exame Físico							
Conduta							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



CANINDEZINHO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**
Prontuário: **102853** Admissão: **19/11/2018** **08:04**
Data Nasc.: **02/02/1987** Idade: **31 ano(s) 9 mes(es) e 17 dia(s)** Sexo: **Masculino** RG: **2000002430739**
Mãe: **MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ** Telefone: **(85) 98652-4239**
Endereço: **RUA DIVINA, 151, CASA 02** Bairro: **CANINDEZINHO** CEP: **60000-000**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: **POLYANA CANDEIA MAIA** Risco: **VERMELHO** Data: **19/11/2018** **08:16**
Queixa: **Não responsivo após trauma agora (trazido pelo SAMU).**
Fluxograma: **TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO**
Discriminador: **OBSTRUÇÃO DE VIAS AREAS** Risco de Queda: **Sim** Alergia: **Não**
Dengue **Não** Primeiro sintoma Chikungunya: **Não** Prim/Sintoma
Sato02: **Glasgow:** **Temp.:** **Glicemia:** **Régua:** **Pulso/FC:**

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: **PAULO ROGERIO LOIOLA GUEDES** Nº Atendimento: **851213** Data: **19/11/2018 08:28**
Eixo: **SALA EMERGÊNCIA** CRM: **14888** P.A.: **110/80**
Acidente: **Sim** Agressão: **Não** Peso: **Protocolo Sepse: Não**
Hipótese Diagnóstico: **OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS** Comorbidade:
HDA/Exame Físico:

TRAZIDO POR SAMU DIRETAMENTE PARA SALA VERMELHA - RELATO DE TRAUMA GRAVE POR ACIDENTE COM MOTOCICLETA.
MÉDICO DO SAMU INFORMA HD DE TCE GRAVE COM VÁRIAS TENTATIVAS DE IOT SEM SUCESSO POR VIA AÉREA DIFÍCIL.
PACIENTE JÁ NO EIXO VERMELHO É SEDADO COM ETOMIDATO E SUXAMETÔNIO, NA SEGUNDA TENTATIVA É REALIZADA IOT COM SUCESSO (TOT Nº 7,5);
SAMU - UTI MÓVEL REMOVE PACIENTE PARA IJF:
PARÂMETROS PÓS IOT:
PA 110/80MMHG FC 101BPM SAT O2 100% COM IOT EM VENTILAÇÃO POR "AMBU"

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

Médico: **PAULO ROGERIO LOIOLA GUEDES**

Data: **19/11/2018 08:32**

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Medicamento	SUXAMETONIO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 10ML AD / INTRAVENOSA DOSE ÚNICA	

Medicamento	ETOMIDATO 2 MG/ML - 10ML(20MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA
Medicamento	MIDAZOLAM 5MG/ML - 3ML(15MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 12ML AD / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA
Hidratação/Eletrólitos	Nº TOTAL DE FASES: 1 SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% - 500ML - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 2000 ML FASE(S) 1: VOLUME = 2000.0 ML; VAZÃO = 2000 ML/H INTRAVENOSA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito


especialidade: T.O Retorno: 95/09/19 às 7:00 Profissional: Valberto
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____
 especialidade: _____ Retorno: ____/____/____ às ____:____ Profissional: _____

ESPECIALIDADES
 TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROCIRURGIA -
 PEQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA
 CIRURGIA PLÁSTICA - NEFROLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
 - DOR - CITRAFE - ENFERMAGEM



AGENDAMENTO DE EXAMES		EXAMES	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
PROCEDIMENTOS			
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Data:	/ /	às	
Nome: <u>David Alvim Miranda Cruz</u> Registro geral: <u>5580255</u> Nº Carteira SUS: _____ Diagnóstico: _____ Médico: <u>Valberto</u> ESPECIALIDADE: <u>Ortopedia</u> Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 - Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3258-5010 • (85) 3258-5186			

NÚCLEO AMBULATORIAL

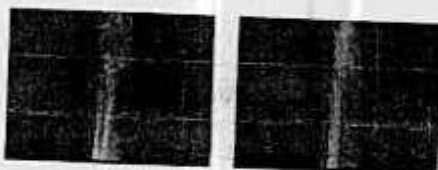


Imprimir

Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**
LEITO:
DATA DE INTERNACAO: **19/ 11/2018**
DATA DA ALTA: **03/01/2019**
BE/PRONT: **5590255**
CIDADE DE ORIGEM: **FORTALEZA**
IDADE: **31**
DIAGNOSTICOS: **Fratura de extremidade distal do rádio (OPERADA)**
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: **OPERADO COM DR VALBERTO EM 21/12/18 ; USO DE IMOBILIZACAO ATE RETORNO ; RETORNO DR VALBERTO APOS UM MES ; USO DE ANALGESIA PRESCRITA**
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
STAFF DO LEITO: **44**
RESIDENTE DO LEITO: **RESIDENTE INDEFINIDO**



Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Materiais	Observação	Status da marcaç
MAPA DO DIA 21/12/2018 - Sexta-Feira									
45	1	13:30	17:11	VALBERTO BARBOSA PORTO FILHO			CAIXA PLASTICA DA MÃO + PLACA VOLAR DE RÁDIO DISTAL (ORTOCARDIO) CX BASICA TO PARA MMSS + FIOS K 1,5 MM E 2,0 MM + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON		REALIZADA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Ma
por
YAU
DIA
FAT
em
03-
201
15:

Ass.: Dr. Yan Dias
Medico Residente
CRM-16.540

Retornar dia: 21/12/18 Hora: 13:30 para Dr. Valberto

Data: 3.1.19

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

USO ORAL

1- LISADOR 1G ----- 02CX

TOMAR 01CP ATÉ DE 6/6H SE DOR OU FEBRE

Dr. Yan Dias
Médico Residente
Otorrinolaringologia
CRM-PR 16.540

FORTALEZA, 03 DE JANEIRO DE 2019



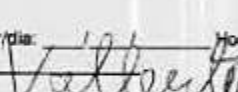
Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões de internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: DANILLO ALISON MIRANDA CRUZ
LEITO:
DATA DE INTERNAÇÃO: 19/11/2018
DATA DA ALTA: 03/01/2019
BE/PRONT: 5590255
CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
IDADE: 31
DIAGNOSTICOS: Fratura da extremidade distal do rádio (OPERADA)
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESÃO: OPERADO COM DR VALBERTO EM 21/12/18 ; USO DE IMOBILIZAÇÃO ATE RETORNO ; RETORNO DR VALBERTO APOS UM MES ; USO DE ANALGESIA PRESCRITA
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
STAFF DO LEITO: 44
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Ass:  Dr. Yuri Dias Médico Residente Ortopedia Traumatologia CREMEC 14.540	Retornar/dia: _____ Hora: _____ para Dr. 
Data: 3.1.19	Dispensa do trabalho por: 03 meses

HG Residência - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente:
DANILO ALISON MIRANDA CRUZ, documento
de Identidade Nº 2000002430739, Prontuário
Médico Nº5590255 encontra-se internado neste
Hospital desde 19/11/2018 leito 1510 para
tratamento de saúde.

Fortaleza, 09 de JANEIRO de 2019

Responsável pela informação.



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**, documento de identidade N°2000002430739 Prontuário Médico N°5590255 encontra-se internado neste Hospital desde 19/11/2018 leito -1621 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 12 de DEZEMBRO 2018



Responsável pela informação.



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Nome: Danilo Alison Miranda Cruz

Idade: _____ anos

Prontuário: 5590255 unidade: _____ 15 _____ Leito: _____ 10 _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em 1 DPO de Red + FIR de fx de terço médio. Evolui afebril, eupnéico, sem queixas álgicas e orientado. Ao exame apresenta edema compatível com procedimento cirúrgico, motilidade ocular preservada, visão turva, BMM com fio de aço, oclusão estável e sem sinais clínicos de infecção.

OBS: RETORNO COM O PACIENTE PARA O DR. FLÁVIO LEITÃO

Diagnóstico Principal: Fratura de Complexo Órbito -Zigomático-Maxilar

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: Não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: Osteossíntese da fratura do complexo orbito-zigomático-maxilar

Tipo de anestesia: Geral

Cirurgião: Dr. José Maria

Data: 24/01/19

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (X) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (X)

Retornar : Dia 28/12/18 as 08:00hrs com Dr. José Maria

Observações:

Dieta Pastosa/Liquidificada por 30 dias.

Higiene Oral 4x/dia.

Data: 25/01/2019


Cirurgião Dentista

CRO/Carimbo



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

INES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Barro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza: CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: Danilo Allison Miranda Cruz

ENDEREÇO: Einstein, 2446 - Fortaleza

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) Amoxicilina 500mg/5ml(suspensão)-----2frascos

Tomar 5 ml de 08/08 horas por 07 dias.

2) Ibuprofeno (gotas)-----1Frasco

Tomar 40gts de 08/08h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg/ml (gotas)-----1Frasco

Tomar 20 gotas de 06/06h se sentir dor.

DATA: 25/01/2019


Dr. Danilo Allison Miranda Cruz
Médico - CRM 31019
Residente - CRO 8490

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): Danilo Alison Miranda Cruz, foi atendido (a) neste hospital no dia 19/11/2018, às 09:24, permanecendo até a data de hoje.

Tendo como causa de socorro: Fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar
CID: S024

Observações: O paciente supracitado foi submetido a osteossíntese do complexo órbito-zigomático-maxilar. Necessita de *trinta* (30 dias) de afastamento de suas atividades trabalhistas e desportivas, a fim de evitar infecção e quadros de sangramento ativo.

Fortaleza, 25 de janeiro de 2019.


Assinatura / Carimbo.





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

Declaração Hospitalar

O Sr (a).: Danilo Alison Miranda Cruz, foi atendido (a) neste hospital no dia 19/11/2018, às 09:24, segundo informações contidas no prontuário, permanecendo até a data de hoje.

Tendo como causa de socorro: Politraumatismo

Observações: A cirurgia na face para o paciente em questão está prevista para o dia 24/Janeiro/2019.

Fortaleza, 21 de janeiro de 2019.


Assinatura / Carimbo.





Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

NES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

UA SENADOR POMPEU, 1757

airro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza-CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: Danilo Alison Miranda Cruz

ENDEREÇO: Einstein, 2446 - Fortaleza

DESCRIÇÃO:

SO INTERNO:

1) Amoxicilina 500mg/5ml(suspensão)-----2frascos

Tomar 5 ml de 08/08 horas por 07 dias.

2) Ibuprofeno (gotas)-----1Frasco

Tomar 40gts de 08/08h por 03 dias.

3) Dipirona 500mg/ml (gotas)-----1Frasco

Tomar 20 gotas de 06/06h se sentir dor.



DATA: 25/01/2019

Responsável Técnico
Bacharelado em Farmácia
Registro - CRM 849

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

ID:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

BE / Prontuário: _____

Danielle Alan Miranda Cruz

Ressonância magnética com tumores
de tálamo

sem de massa superior do polo anterior.

2

Fortaleza, 14/02/2018



Guilherme Sabóia Silveira
Neurologia - UF
CREMEC 17.162

Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

BE / Prontuário: _____

Domile Alam Miranda Cruz

Encaminhamento as ambulatórios do

Dr. Flavio Lustad

Unidade de Pronto Atendimento

Fortaleza, 06/12/2018


Aécio Sabóia Silveira
Médico - Neurologia - UF
CRM 10.715



Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Daniela Wilson M. Cruz RAE/Prontuário: 5590255

Dr. José Wilson

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 11 / 02 / 19

HORÁRIO: 08 : 00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- PO de osteossíntese de Fx 2^a CZM(D) e
tratamento conservador de Fx de
mandíbula (24/01/19)
- BMM (24/01/19)

Data: 23/01/19


Assinatura e Carimbo do Médico

AE-000.202 Versão 2 - 01 / JUL / 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil





Prefeitura de
Fortaleza

Secretaria de Saúde

ENCAMINHAMENTO REDE SARAH

Paciente: Wanda Alisson Miranda Cruz

Prontuário: 55910 255 Leito: 1621

Motivo da Internação: Acidente moto - TCE

Diagnóstico Médico: ☒ TCE ☐ TRM

Cirurgia(as) realizada(s): —

Patologias: —

Medicamentos em uso: Fenitoina, Diazepam,
Propriolol

Fortaleza, 10 de 12 de 2018

Veronica
Assinatura/Carimbo médico

Dra. Veronica Benedita
Clínica Médica
CRM 9618



CAMPO DESTINADO AO SERVIÇO SOCIAL

SERVIÇO SOCIAL: ☐ Orientação ☐ Cadastramento 1ª Consulta

Responsável pelo Paciente: —

Contatos: —



Instituto Dr. José Frota



**Prefeitura de
Fortaleza**

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Danilo Alison Miranda Cruz BE: 5590255

Uso externo:

- 1) Digluconato de Clorexidina _0,12% (sem álcool) _____ 01 frasco
Bochechar 10mL , 3 vezes ao dia, por 01 minuto, durante 10 dias.

Obs: bochechar 30 minutos após a escovação.

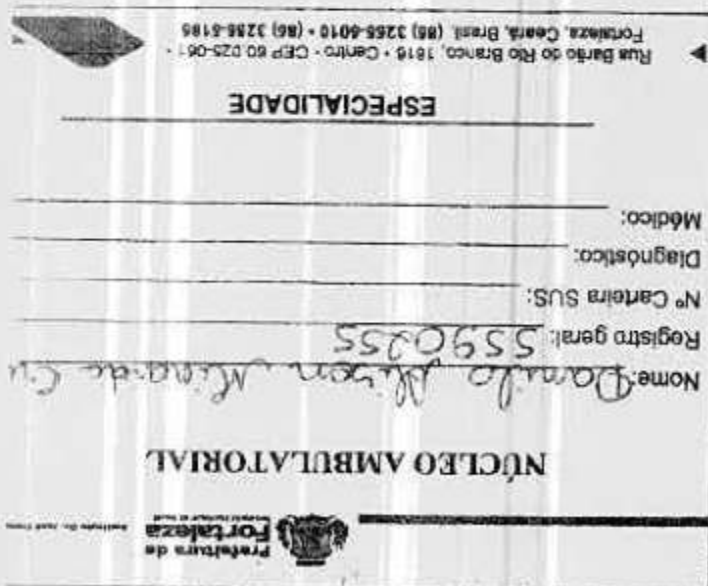


Data: 25/01/2019

Assinatura e carimbo

ESPECIALIDADES
 REUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROCIRURGIA -
 PEQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA – NEFROLOGIA – CIRURGIA VASCULAR
– DOR – CITRAFE – ENFERMAGEM

[illegible]



Prefeitura de
Fortaleza

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Paulo Roberto de Almeida Junior RAE/Prontuário: 5572

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 25 / 02 / 19

HORÁRIO: 08 : 50 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

→ F. de acompanhamento de F. de D. e T. no
tratamento bucomaxilofacial de F. de D. e T. de
(24/01/19)

→ R. de D. e T. (24/01/19)

Dr. Jean Felipe Vasconcelos Freires
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxillo-Facial
CRM 9530

Data: 2 / 02 / 19

Assinatura e Carimbo do Médico

AS.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).
Rua Parão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil



PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHECAGEM
1) Manutenção	OK
2) AUP	OK
3) Exame físico O2PA (EV)	OK
4) Exame físico 3rd (EV)	OK
5) Sinais vitais (EV)	OK
6) Aspiração de vias aéreas	OK
7) Ambu + Quebel	OK

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Rufo e Desaturado. Devido ao entubação orotraqueal. Realizando Entubação sequencial rápida, porém as laringoscópias via aérea com grande quantidade de sangue e o aspirado não funcionou. Estabeleci a saturação com Ambu e Dablogelina a fim de garantir uma melhor estabilização já do entubado e posteriormente levado ao ICF Centro. João Lucas da Silva Intubado.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizado avaliação, SSV's, AUP + HV + Medicação conforme a Prescrição, mobilização + aspiração de vias aéreas. Paciente em via aérea difícil estabilizado na VTA com oxigênio e posteriormente levado ao centro de referência.

ASS. / COREN: 461671

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.: _____

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: ☒ LST ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: _____

☐ LIBERADO ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O-TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: _____

ASS. DO RESPONSÁVEL: _____

EM: ____/____/____ às ____ hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

FU, _____ RG / CPF _____

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

ASSINATURA: _____

Relatório Médico

PACIENTE:

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Anamnese:

Esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial por acidente motociclistico em 19.11.18. Como trauma associado apresentou TCE, fratura distal do radio e trauma de face. Ficou em coma por 18 dias. Ao recobrar a consciência observou alteração dos movimentos do MSD. Apresentava somente movimento palidos de dedos e punho.

SWALIS B esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial g540 por acidente motociclistico em 29.01.19. Imediatamente depois o paciente apresentou alteração dos movimentos do braço direito estando presente os movimentos dos dedos e mão. Refere dor.

Procurou-nos para esclarecimento diagnostico e terapêutico.

Ao exame:

plegia do tronco superior e tronco inferior normal.



MÉTODO COMPLEMENTAR:

ENMG sugere lesão do plexo braquial

CONDUTA:

Fisioterapia, RNM da coluna cervical e provável cirurgia

Prognostico reservado. Caso o paciente seja operado até o mês de junho de 2019 há chances de 70% de recuperação dos movimentos. Cirurgia realizada após essa data aumenta a chance de insucesso e o paciente pode permanecer nesse estado definitivamente - SWALIS B

Furto 30.05.19

Dr. Flávio Leão Filho
Neurocirurgião
CRM 10737 RQE 8124



Prefeitura de
Fortaleza



NOME: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

ATESTADO MÉDICO

AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS,

A. ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE O(A) PACIENTE SUPRACITADO(A), 32 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 19/11/18, REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO 21/12/18 NO IJF, EVOLUIU COM PARESIA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. COMPARECE AO AMBULATÓRIO COM QUEIXA DE ALGIA EM MEMBRO. AO EXAME: GCS 15, PIFR, MOE PRESERVADA, PARESIA DE MSD (FORÇA DISTAL > FORÇA PROXIMAL) - NÃO ELEVA O MEMBRO. TAL DEFICIT ATRAPALHA A ATIVIDADE LABORAL DO PACIENTE COMO ELETRICISTA.

ALTA DEFINITIVA

CID: S14.3

FORTALEZA, CE 30 DE MAIO 2019


Dr. Gleison A. Ribeiro
Médico Residente
Neurocirurgia
CREMEC-18149



RECEITUÁRIO

NOME

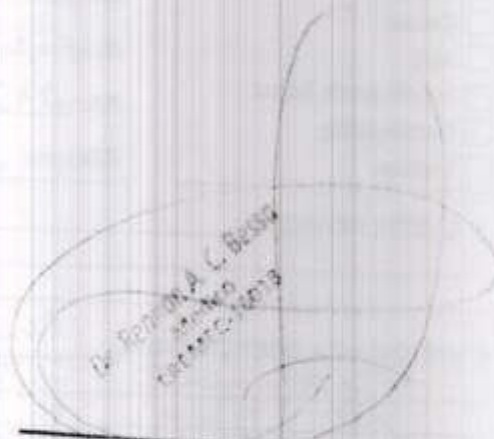
DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

ATESTADO MÉDICO -

PACIENTE 32 ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 19/11/2018, APRESENTOU TCE E LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL (SUGERIDO PELA ENM) REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO 21/12/18 NO IJF, EVOLUIU COM PARESIA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. CIRURGIA CORRETIVA. AO EXAME PARESIA DE MSD (FORÇA DISTAL > FORÇA PROXIMAL). NÃO ELEVADA O MEMBRO. TAL DÉFICIT ATRAPALHA SUA ATVIDIDADE LABORAL COMO ELETRICISTA. ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO PARA O TRABALHO.



DATA 03/06/2019



RENNAN ALVES CAMPELO BESSA
CRM / 16018
CARIMBO/ASSINATURA

Relatório Médico

PACIENTE:

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Anamnese:

Esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial por acidente motociclistico em 19.11.18. Como trauma associado apresentou TCE, fratura distal do radio e trauma de face. Ficou em coma por 18 dias. Ao recobrar a consciência observou alteração dos movimentos do MSD. Apresentava somente movimento palidos de dedos e punho.

SWALIS B Esta é a primeira consulta deste paciente vítima de lesão do plexo braquial g540 por acidente motociclistico em 29.01.19. Imediatamente depois o paciente apresentou alteração dos movimentos do braço direito estando presente os movimentos dos dedos e mão. Refere dor. Procurou-nos para esclarecimento diagnostico e terapêutico.

Ao exame:

plegia do tronco superior e tronco inferior normal.

MÉTODO COMPLEMENTAR:

ENMG sugere lesão do plexo braquial



CONDUTA:

Fisioterapia, RNM da coluna cervical e provável cirurgia

Prognostico reservado. Caso o paciente seja operado até o mês de junho de 2019 ha chances de 70% de recuperação dos movimentos. Cirurgia realizadas após essa data aumenta a chance de insucesso e o paciente pode permanecer nesse estado definitivamente - SWALIS B

... Fortolha 30.05.19

Dr. Flávio Leão Filho
Neurocirurgião
CRM 68737 ROR RJMS

BRASIL

denuncieak123@gmail.com

Endereço:

rua stenio gomes

CEP:

60.055-090

Bairro:

parque sao jose

Cidade:

FORTALEZA

Dados da denúncia**Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3190240126, onde foi enviada toda documentação para o recebimento da indenização, acontece que foi disponibilizado um pagamento do valor de R\$843,75, ABSURDO!!! Pedir todo movimento do meu braço, sendo que um amigo teve a mesma lesão e recebeu o valor correspondente com a lesão dele, conforme a TABELA DO DPVAT DA LEI 6.194. O que me deixa mais surpreso é que o médico nomeado pela SEGURADORA LÍDER PARA FAZER minha perícia, relato para mim que era uma lesão muito grave. Está claro que a Seguradora líder está se apropriando do pagamento que era par ter vindo para mim na qualidade de vítima de acidente automobilístico. SOLICITO que seja averiguado a conduta da seguradora líder atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que encontro-me com sequelas permanentes devido este acidente, e não estou de acordo com a cobrança com este pagamento.

O SAC da empresa foi acionado?

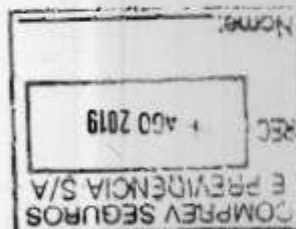
Sim

Documentos

Tipo

Número

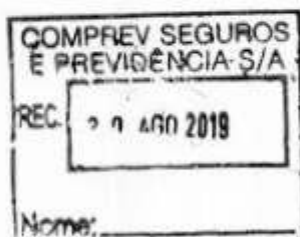
Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep. Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui Atenciosamente, Superintendência de Seguros Privados - SUSEP AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO		29/08/2019 14:18:15
E-mail enviado para denuncieak123@gmail.com Texto: Prezado(a) senhor(a), Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou		29/08/2019 14:18:15



apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser

Barra GovBr



TRABALHADOR

Este é o Carteira de Trabalho e Previdência Social, documento obrigatório para a inscrição em qualquer emprego ou atividade profissional.

O titular deve registrar todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos direitos perante a Previdência Social. Para a inscrição, o trabalhador deve apresentar o documento em duas vias, garantindo a sua validade no registro, sempre que o titular de uma das partes do contrato de trabalho for o titular da carteira.

O contrato de trabalho é válido até a data de validade da carteira.

O titular da carteira deve manter a mesma em sua posse, sob pena de multa. O titular da carteira deve manter a mesma em sua posse, sob pena de multa. O titular da carteira deve manter a mesma em sua posse, sob pena de multa.

Carteira de Trabalho e Previdência Social - Documento Obrigatório para a Inscrição em Qualquer Emprego ou Atividade Profissional

Carteira de Trabalho e Previdência Social - Documento Obrigatório para a Inscrição em Qualquer Emprego ou Atividade Profissional

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PS/PAGE

135.66514.19-4

NÚMERO

6511349

SERIE

001-0

CE

Daniela Miran Alvares Cruz

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: DANIEL ALISON MIRANDA CRUZ

LOCAL DE NASCIMENTO: FORTALEZA - CE

FILIAÇÃO: JOSE AMARILDO DA CRUZ

MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ

DOC. AUTENTICADO: RG 200002410739 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA DE NASCIMENTO: 19/04/1980

RG: 200002410739

LOCAL DA EMISSÃO: IDT-UNIMÓVEL

DATA DE EMISSÃO: 19/04/2004

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

Nome: _____
Data de Nascimento: _____
Local de Nascimento: _____
Filiação: _____
Estado Civil: _____
Data de Emissão: _____
Local de Emissão: _____

Nome: _____
Data de Nascimento: _____
Local de Nascimento: _____
Filiação: _____
Estado Civil: _____
Data de Emissão: _____
Local de Emissão: _____

Nome: _____
Data de Nascimento: _____
Local de Nascimento: _____
Filiação: _____
Estado Civil: _____
Data de Emissão: _____
Local de Emissão: _____

Nome: _____
Data de Nascimento: _____
Local de Nascimento: _____
Filiação: _____
Estado Civil: _____
Data de Emissão: _____
Local de Emissão: _____

Nome: _____
Data de Nascimento: _____
Local de Nascimento: _____
Filiação: _____
Estado Civil: _____
Data de Emissão: _____
Local de Emissão: _____

COMPREI SEGUROS
E FIZ O REGISTRO
28 MAR 2019

PELODUTIA,
DANILLO ALISON MIRANDA CRUZ. - VITIMA -

81024-2855-10-1-2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE N° 014058869654
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

CRDD: 02 365674958 0000000000 2018

SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO

FORTALEZA/CE

60570186307 OCD8617

9C2JC4120CR500210

PLA/MOTOCICLO 125 1912C CB60LTNA

HONDA/CG 125 FAN ES 2011 2012

2P/OCV/124CC PARTIC VERMELHA

180.65 185.50 24/08/2018

FORTALEZA 28/08/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO PORTE E CARGA A PESSOAS E TRANSPORTAÇAO QUANTO A SEGURO DPVAT

CE N° 014058869654 BILHETE DE SEGURO DPVAT 2018

60570186307 OCD8617

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguraderalider.com.br
SAC DPVAT 0800 023 1204

014058869654 92808758208

2018 28/08/2018

02 60570186307 OCD8617

365674958 HONDA/CG 125 FAN ES

2011 09 9C2JC4120CR500210

PREMIO TARIFARIO

81.29 9.03 90.33

4.16 0.70 185.50

24/08/2018

DESPACRANTE
LOTE/DOCC2101030 HILICREB1423473
MOTOR: JC4152C503210

014058869654
RECIBO CE N°

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

14058869654
OCD8617
365674958

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA
CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ : 052.260.773-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ : 052.260.773-00

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2019
Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA
CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190240126

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do acidente: 19/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, discurso falante, pensamento lógico e coerente. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar, conforme documentos de pronto atendimento de 19/11/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro superior direito e no punho esquerdo apresentou alteração do mecanismo radio ulnar distal esquerdo. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Trata-se de caso de discordância, ao exame físico foi verificado sequela permanente no membro superior direito, todavia não há como comprovar de forma inequívoca que tal sequela tenha nexo com o presente sinistro.

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 de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190240126

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do acidente: 19/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, discurso falante, pensamento lógico e coerente. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar, conforme documentos de pronto atendimento de 19/11/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no membro superior direito e no punho esquerdo apresentou alteração do mecanismo radio ulnar distal esquerdo. Com relação às demais lesões, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/05/2019

Conduta mantida:

Observações: Trata-se de caso de discordância, ao exame físico foi verificado sequela permanente no membro superior direito, todavia não há como comprovar de forma inequívoca que tal sequela tenha nexos com o presente sinistro.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106867/19

Número do Sinistro: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF: 052.260.773-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ
CPF: 052.260.773-00

DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

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: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03508

CONTA: 000001094906-3

Nr. da Autenticação 98BD37FF8EA7896A

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

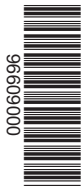
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190240126 **Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**

Data do Acidente: 19/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 004 15/004 16 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14236925

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **033**

Agência: **000003508**

Conta: **000001094906-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**

Nº Sinistro: **3190240126**
DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: **19/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190240126**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14527707



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190240126 Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00147/00148 - carta_02 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 23/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240126

Vítima: DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **052.260.773-00** Nome completo da vítima: **Danielo Alison Miranda Cruz**

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

Nome completo: **Danielo Alison Miranda Cruz** CPF: **052.260.773-00**
Profissão: **Autônomo** Endereço: **R. Conde de Castro, 32 063** Número: **4500** Complemento: **Ap 108**
Bairro: **Pq. São José** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60730-202**
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA 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 (Somente 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: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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 (assinalar 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 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.

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 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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: **Fortaleza, 26/03/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 ROGO, 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **3190/240.196** CPF da vítima: **052.260.773-00** Nome completo da vítima: **Danielo Alison Miranda Cruz**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Danielo Alison Miranda Cruz** CPF: **052.260.773-00**
Profissão: **Autônomo** Endereço: **R. Conde de Castro, 38 063** Número: **4500** Complemento: **Ap 108**
Bairro: **Pq São José** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60730-202**
E-mail: **85-98617-4213**

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 (Somente 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: **Santander**
AGÊNCIA: **3508** CONTA: **01 094906 5**
(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.

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 (assinalar 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 299 do Código Penal.

Local e Data: **Fortaleza, 15/04/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

REC 16 ABR 2019

Nome: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado 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-se ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



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

Impresso nº 2019141956

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 723 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **27/02/2019 16:43:01**
 Data / Hora da Ocorrência: **19/11/2018 07:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA STENIO GOMES**
 Complemento:
 Bairro: **PARQUE SAO JOSE** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DANILO ALISON MIRANDA CRUZ**
 Nascimento: **02/02/1987** CPF: **052.260.773-00**
 RG: **2000002430739** Orgão Emissor: **SSPDS**
 Filiação: **MARIA GORETTE MIRANDA CRUZ**
JOSE AMARILDO DA CRUZ
 Endereço: **RUA STENIO GOMES, 2446**
 Bairro: **PARQUE SAO JOSE**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL**



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCD8617** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4120CR500210 Renavam: **365674958** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
 Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **SAMUEL DE CARVALHO SOUSA MARCIANO**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCD-8617 NA RUA STENIO GOMES QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E COLIDIU CONTRA UM POSTE, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O UPA-CANINDEZINHO. E NADA MAIS DISSE.///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE RODRIGUES

JUNIOR:08175438304

Assinado de forma digital por JOSE RODRIGUES JUNIOR:08175438304
 Data: 2019.02.27 16:48:50

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **052.260.773-00** Nome completo da vítima: **Danielo Alison Miranda Cruz**

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

Nome completo: **Danielo Alison Miranda Cruz** CPF: **052.260.773-00**
Profissão: **Autônomo** Endereço: **R. Conde de Castro, 32 063** Número: **4500** Complemento: **Ap 108**
Bairro: **Pq. São José** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60730-202**
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA 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 (Somente 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: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 (assinalar 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 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.

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 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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: **Fortaleza, 26/03/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 ROGO, 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.



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGISTRO REGIONAL

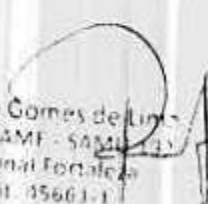
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr **Danilo Alison Miranda Cruz** - C.P.F. 052.260.773-00, no dia 19/11/2018, às 08h23min, na **Rua Stênio Gomes**, no **Bairro Parque São José**, vítima de acidente de trânsito.

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

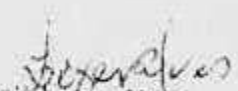
Documento requerido por meio do Processo nº P556561/2019.

Fortaleza, 20 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

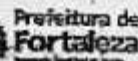

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

DATA: 04/11/2018	PONTO DE APOIO: Maraponga	Nº DA OCORRÊNCIA: 0160
TURNO: MT	EQUIPE: Dr. João Paulo + Danielle	IDADE: 35
Nome: A. Almar Thimondy Cruz	SEXO: M	
Idade: 2380		
BAIRRO: v. São José		
QUS: 08:23	QUY:	QUU:
DATA DA OCORRÊNCIA: 07/25	Local: Rua Imoto / Poste	

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

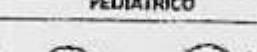
RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☐ PERFEITAS	POR: <u>Quênia da base linguística e Schliker</u>	
☒ OBTURADAS	<u>Condição de</u>	

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☒ NORMAL	☐ NORMAL
☒ TAQUIPNEICO	☒ ALTERADA: <i>Respiração</i>	☐ ALTERADA:	☒ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO	<i>Superficial</i>		<i>Roncos</i>
☐ AGÔNICA/AUSENTE			

PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CHEIO	☒ CORADA	☐ SUDOREJA	☒ ≤ 2 seg	☒ SIM
☒ TAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☒ PÁLIDA	☒ SECA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA	☒ QUENTE		
TOTAL			☒ FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	☐ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P)	☐ 5	OBEDCE A COMANDOS	☐ 6
A VOZ	☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL	☐ 4	LOCALIZA A DOR	☒ 5
A DOR	☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)	☐ 3	MOVIMENTO DE RETRADA	☒ 4
NENHUMA	☒ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)	☒ 2	FLEXÃO ANORMAL	☐ 3
TOTAL:	8/15	NENHUMA	☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL	☐ 2
PLÍPULAS:	☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS				

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	① 1º punho (E) ② tração lateral / fratura - tração - punhal distal. ③ lesões lombo distal. ④ olho de bueiro a (D).	

SAMPLA

120 PA: _____ FR: 28. GUC: _____ OXIM: 64/1.24 TEMP: _____
 durante 350ms o Vítima de colisão moto x poste, onde
 estava sem capacete, apresentando Trauma em Região de
 cabeça (fronto-parieto-temporal direita) laceração em lábio
 inferior e queimadura distal, Vias aéreas com bastante secreção
 sanguinolenta, Respiração Ruvida; O membro superior com R.M.E.
 8/15, PT ER; Traumatismo com Respiração, Suo plágio
 de membros e colagem com cervical e distal a dorso lombar
 com a compressão de Vias aéreas, com grande quantidade de
 sangue e o ponto de origem do membro plágio com Respiração

28 MAR 2019



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190240126 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO DANILO ALISON MIRANDA CRUZ

CPF/CNPJ: 05226077300

Posição em 25-06-2020 11:41:17

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (I

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/06/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/09/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8nSRciEicOX5kNz2f6x8api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
28/08/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/j1oICGc2cxb63Hez3Ryapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
20/08/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/OOkEuqxjB1W++5yr56l1api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
06/07/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/A3VudgRe2jxD6AsN3115api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)

19/06/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZBXr0eZ4CBa4jUc21Yz api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
06/06/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ycVeukRUO9ffDz5dlUdHl api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
22/05/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dIFj+yZaHLGI7ZhlGsJlF api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
27/04/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6L5UN11c1jmFNDiLEE api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
02/04/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/OY__A7qX2JyBOPNuc api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)
02/04/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/3b8XzhJghlnOl0zxJhE2 api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaSwzN3VRVEE9pHP+6MoC5d4=)



(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)





ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://http://http://facebook.com/DPVAToficial/DPVAToficial/)
l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 3190240126 CPF de vítima: 052.960.773-00 Nome completo da vítima: Danilo Alison Miranda Cruz

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

Nome completo: Danilo Alison Miranda Cruz CPF: 052.960.773-00
Profissão: autônomo Endereço: rua. Conego da Coto Número: 4500 Complemento: Ap 103
Bairro: St. São José Cidade: Fortaleza Estado: CE CEP: 60.730.202
E-mail: _____ Tel. (DDD): 85.98617.4213

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO 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 (somente 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: Santander

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3508 CONTA: 010949063
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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 (assinalar 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 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.

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 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Profissão:
Assinatura
CPF

Local e Data: Fortaleza - CE - 22/05/2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Danilo Alison Miranda Cruz
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 ROGO, 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.

**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: 3190240126

Nome do(a) Examinado(a): [DANILO ALISON MIRANDA CRUZ](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Cônego de Castro, 4500, , 60.730-202, Parque São José, Fortaleza/CE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSPDS CE / 2000002430739](#)

Data e local do acidente: [19/11/2018 - Fortaleza/CE](#)

Data e local do exame: [23/08/2019 - Fortaleza/CE](#)

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Fratura do rádio distal esquerdo, lesão do plexo braquial direito, trauma cranioencefálico e fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar.](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do rádio distal esquerdo, lesão do plexo braquial direito, trauma cranioencefálico e fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no punho esquerdo e no membro superior direito.](#)

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

[Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha anormal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso falante, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa apontando alterações, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Apresenta na região observada coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 0°, extensão aos 0°, abdução aos 0°, adução aos 0°, rotação medial aos 0°, rotação lateral aos 0°, presença de atrofia no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, com déficit funcional total. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 60°, extensão aos 60°, desvio ulnar aos 45°, desvio radial aos 30°, pronação aos 70°, supinação aos 70°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericário possui um déficit funcional de grau leve no punho esquerdo.](#)

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, devido à redução da mobilidade. Perda funcional completa do membro superior direito.](#)

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"

() "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.

Membro Superior Direito - Total - 100%

Punho Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Não apresenta sequelas neurológicas e da estrutura craniofacial.


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190/240.126	CPF da vítima: 052.860.773-00	Nome completo da vítima: Vanilo Alison Miranda Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Vanilo Alison Miranda Cruz		CPF: 052.860.773-00
Profissão: autônomo	Endereço: rua comengo de costa, Bl 06 B	Número: 4500 Complemento: ap 108
Bairro: Parque São José	Cidade: Fortaleza	Estado: CE
E-mail:	CEP: 60.730.202	Tel. (DDD): 85.98617.4813

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
☐ SEJA 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ Paradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Santander	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 3508	CONTA: 01094906
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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 (assinalar 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 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no C.) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou com companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 provar 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não digitalizado

Local e Data: **Fortaleza - CE - 15/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Vanilo Alison Miranda Cruz
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 ROGO, 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.



**Transferência entre contas
realizado com sucesso.**

Conta Origem: 4458/01.023972.1

Nome:

BRUNA

Conta de Destino: 3508/01094906

Tipo de conta:

Conta corrente

Titularidade:

Outra titularidade

Nome:

DANILO ALISSON MIRANDA CRUZ

Instituição: 033 - SANTANDER

Tipo Transferência:

Transferência entre contas

Data de Início: 15/05/2019

Valor: R\$1,00

Transação sujeita à cobrança de Tarifa. Consulte os valores na Tabela de Serviços nas agências e no site: www.santander.com.br > Para Você > Tarifas e Pacotes Padronizados > Tabela Completa de Serviços.

Data / Hora da transação:

15/05/2019 12:07:36

Autenticação bancária:

MBB350910D2A8CFA0541226

Nova transferência

Compartilhar

Central de Atendimento Santander
4004-3535 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800-702-3535 (Demais Localidades)

SAC 0800-762-7777

Ouvidoria 0800-726-0322

Fechar



**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: 3190240126

Nome do(a) Examinado(a): [DANILO ALISON MIRANDA CRUZ](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Cônego de Castro, 4500, , 60.730-202, Parque São José, Fortaleza/CE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP CE / 2000002430739](#)

Data e local do acidente: [19/11/2018 - Fortaleza/CE](#)

Data e local do exame: [06/05/2019 - Fortaleza/CE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -3.73763, longitude: -38.50979](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Lesão do plexo braquial à direita, fratura distal do rádio esquerdo, trauma crânio encefálico, fratura do complexo órbito-zigomáticomaxilar,](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento cirúrgico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro superior direito e no punho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.](#)

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

[Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota normal, atenção normal, discurso falante, pensamento lógico e coerente. Ao exame físico da face apresenta inspeção externa dentro da normalidade, inspeção interna dentro da normalidade, respiração normal, mastigação normal, campo de visão normal. Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 0°, extensão aos 0°, abdução aos 0°, adução aos 0°, rotação medial aos 0°, rotação lateral aos 0°. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior direito, com déficit funcional total. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 40°, pronação aos 30°, supinação aos 50°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no punho esquerdo.](#)

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica) [Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Perda funcional completa do membro superior direito devido à perda da mobilidade e força. Perda parcial e incompleta em punho esquerdo, em grau médio, devido à alteração do mecanismo radio ulnar distal, com redução da força e 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 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" (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.

Membro Superior Direito - Total - 100%

Punho Esquerdo - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou

a valoração do dano corporal:

A handwritten signature in blue ink is visible, followed by a circular official stamp. The stamp contains text in Portuguese, including "Município de São Paulo" and "Secretaria de Saúde".