



Prefeitura de  
**Fortaleza**

Prefeitura Municipal de Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas  
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

## RESUMO DE ALTA

PACIENTE: EDUARDO CRUZ DA SILVA

Nº PRONTUÁRIO:  
87809

TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA:

ENFERMARIA / LEITO: POSTO 1 / LEITO 102-06

DATA DE ADMISSÃO 25/11/2019

DATA DA ALTA 08/12/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10  
FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL  
ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10  
FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL ESQUERDA  
CORRIGIDA

### HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

PACIENTE 39A REFERENCIADO PARA ESTE HOSPITAL PARA TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL ESQUERDA.

### RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

EXAMES LABORATORIAIS, ECG E RX DE TÓRAX (PRÉ-OPERATÓRIO): SEM ALTERAÇÕES CLINICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

### EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUEIXAS CLÍNICAS NO MOMENTO. PARÂMETROS FISIOLÓGICOS E NORMAIS. EUPNEICA EM AR AMBIENTE E AFEBRIL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS. DIETA ORAL. CONSCIENTE, ORIENTADA E VIGIL. BOM CONTROLE ALGÍDICO. FERIDA OPERATORIA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. APTO PARA ALTA HOSPITALAR.

### TERAPÊUTICA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO E REPARO LIGAMENTAR REALIZADO POR DR. VALCIR FILHO E DR. FELIPE MARTINEZ NO DIA 06/12/19 SEM INTERCORRÊNCIAS.

### ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

- 1) SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS
- 2) MARCAR NO SAME RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA - 38.12.19 - 54h.
- 3) FAZER RAIOS-X PARA AVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO RETORNO
- 4) RETIRAR PONTOS APÓS 14 DIAS DA CIRURGIA COM ENFERMAGEM
- 5) ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVT E ORIENTAÇÕES GERAIS

### CONDIÇÕES DE ALTA

( ) Curada (X) Melhorado ( ) Inalterada ( ) A pedido ( ) Transferida  
( ) Óbito ( ) Solicitada Necropsia  
( ) OUTRA

DR. RAFAEL DE CUNHA  
Médico da Família e Comunidade  
CRM/CE - 17630  
Av. Lineu Machado, 146 - Jaquei Clube  
CEP: 60520 - 100 Fortaleza

DATA DA ALTA: 08/12/2019  
FORTALEZA - CE

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 146 - Jaquei Clube  
CEP: 60520 - 100 Fone: (85) 3233-3545  
Fortaleza - Ceará



Prefeitura de  
**Fortaleza**

Prefeitura Municipal de Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas  
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

### ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: EDUARDO CRUZ DA SILVA

PRONT.: 87809

O PACIENTE SUPRACITADO esteve internado(a), no período entre os dias 25 de NOVEMBRO de 2019 e 08 de DEZEMBRO de 2019, no Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann devido FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO. NECESSITA DE 30 DIAS DE REPOUSO PARA REABILITAÇÃO.

Fortaleza- CE, 08 de DEZEMBRO de 2019.

Dr. RAFAEL DE SOUSA  
Médico de Família e Comunidade  
CRM/CE - 17812  
Av. Linneu Machado, 145 - Jôquei Clube  
CEP: 60520-100 Fortaleza

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Linneu Machado, 145 - Jôquei Clube  
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3233-3545  
Fortaleza - Ceará

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO		Nº DO B.	
EDUARDO CRUZ DA SILVA		235819		326052	
NASCIMENTO		SEXO		VACACIONT	
14/04/1990(29 ANOS)		M		PARO	
NOME MÃE		NOME MÃE			
		MARIA DA CONCEIÇÃO DA CRUZ			
REGISTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 061.462.673-09		ENDEREÇO			
		RUA CAPITÃO NOGUEIRA 400 ALTO DA BAI			
CASA 05B 20 02 0		CONTATO			
FORTALEZA		(86)98583-1465			
UF					
CE					
60.951-180					

CORRENDA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
CAUSADO PELO SAMU. COLISÃO CARRO - MOTO. NEGA SINCOPE + NÁUSEAS. REFERE DOR		VOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA	
LOCAL		ESCALA DE DOR 2 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PRESSÃO ARTERIAL 150/80	SAT O2 99%	PULSO 77	TEMPERATURA 36,1
ALERGIAS NI			
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MÁRIA HELENA			
ÁREA ATENDIMENTO			

DATA DO EXAME  
14/11/2017

Frutas de dióforo de tihio e fihombo de  
para ⑥. CA: Inter pro frutas cinco

001: PROCEDIMENTO		CID	
<input checked="" type="checkbox"/> ( ) SU	<input checked="" type="checkbox"/> ( ) US ABDOMINAL	<input checked="" type="checkbox"/> ( ) TC CRANIO	<input checked="" type="checkbox"/> ( ) RAIO-X
		<input type="checkbox"/> ( ) OUTROS	
MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
Re de perna (E) AP/Amf			
Re de tongueado (G) AP/Amf			
Re de nê (E) AP/Obh			
Re de edema bônho AP/Amf			
TIPO DE ALTA/BAIXA		OBSERVAÇÃO	
DECISÃO MÉDICA		<input type="checkbox"/> ( ) A PEDIDO <input type="checkbox"/> ( ) EVASÃO <input type="checkbox"/> ( ) TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ( ) INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ( ) OUTRO	
DESTINO DO CORPO:		<input type="checkbox"/> ( ) FAMILIA <input type="checkbox"/> ( ) IML <input type="checkbox"/> ( ) ANAT. PATOL	
002: DATA DE PROCEDIMENTO		Daniel Ayres de Batista Ortopedia e Traumatologia CRM 13.873	
		<input type="checkbox"/> ( ) ANTES DE 48 HORAS <input type="checkbox"/> ( ) APÓS 48 HORAS	

... : VÁRIA HELENA em 14/05/2019 às 12:23:47

17. Sejam verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 17 da Lei nº 13.709/2018 (Lei nº 13.709/2018).

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
ATESTO QUE CÓPIA CONTEDE COM ORIGINAL

EDUARDO CRUZ DA SILVA

Marcia Ramon  
Met. 05552  
Coordenador do SAME - MDEAM

EMBRANCO



Prefeitura de  
**Fortaleza**

Prefeitura Municipal de Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas  
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: EDUARDO CRUZ DA SILVA

USO ORAL

1) NOVALGINA 1G-----1CX

01 COMPRIMIDO ORAL DE 6/6H SE DOR

2) BIPROFENID 150MG-----1CX

01 COMPRIMIDO 12/12H POR 5 DIAS

FORTALEZA 08/12/2019.

Dr. RAFAEL LIMA CUNHA  
Médico de Família e Comunitário  
CREMOM - 27830  
Av. Lincoln Machado, 145 - Jôquei Clube  
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3233-3545

Av. Lincoln Machado, 145 - Jôquei Clube  
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3233-3545  
Fortaleza - Ceará



## DECLARAÇÃO

**192**

REGIONAL FORTALEZA

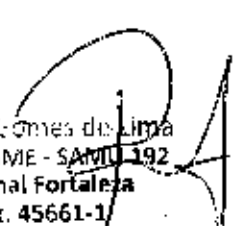
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Eduardo Cruz da Silva** - C.P.F. - **061.462.673-09**, no dia **14/11/2019**, às **11h25min**, na **Rua Djalma Petit com Rua Capitão Olavo**, no **Bairro Aerolândia (Alto da Balança)**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P999368/2019**.

Fortaleza, 23 de Dezembro 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





P-999368/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 1138 M-07	PONTO DE APOIO: CAIAZEIRAS	Nº DA OCORRÊNCIA: 0365
DATA: 14/11/2019	TURNO: M/T	EQUIPE: Edgley e Eduardo
NOME: Eduardo Cruz da Silva	IDADE: 29 ANOS	SEXO: Masculino
ENDEREÇO: Rua Marginal BR 16	BAIRRO: Acaia	
REFERÊNCIA: 11:10	QUS: 11:25	QUY: 12:16
QTY: 11:10	QUS: 11:25	QUY: 12:16
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro e Moto		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR: _____
---	-------------------------------------	------------

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
<input checked="" type="checkbox"/> EURNÉICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> ALTERADA: _____
<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
<input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE			

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	<input type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	<input type="checkbox"/> FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6
À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
TOTAL: 15	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1

PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
<input type="checkbox"/> ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Dr. Otávio Valdeci Fratura de Membro inferior esquerdo fíbula e tíbia fechada	

SAMPLA					
FC: 97 bpm	PA: 150/90 mmHg	HR: 18 rpm	GLIC: —	OXIM: 99% SpO2	TEMP: —

Abundado paciente em via pública ao solo. O mesmo apresenta consciência, orientado, verbalizando e alerta. Este foi submetido por colisão carro com moto, portava capacete nas duas partes, sem referir náuseas e vômitos. O mesmo apresenta com fratura de membro inferior esquerdo de tíbia e fíbula fechada simples, estendendo-se para o corpo sem sinais locais de fratura. Dor intensa no local.

TV: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QLY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QLU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



**CHECAGEM**

### ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

**ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM**

Foi abordado perante em via pública ao lado de uma viúva de consciência e responsabilidade fatos antecedentes primários e secundários foi visto (L.E.V.U) suas atitudes e submissões posturas como modestas e ou complacentes, fato por demais e história do caso, imbricações e circunstâncias do trauma, fatos institucionais com toda a estrutura, parafalhos e renova o mesmo ao mesmo. Foi passado em 20 metros regular da ocorrência do SAMU 192 ASS./COREN: responsável Furtiles e removido este ANOTAÇÕES / CONDUITAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA conforme anotação para o hospital referenciado este segue nos modelos médicos e odontológicos hospitalar - acompanhado por familiares - esposa e mãe.

ASS:

ED - CYS A  
I - EN RAI  
COREN 00-210-17

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: Fretinha do Antares Secura

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

PACIENTE ACOMPANHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:
ASS. DO RESPONSÁVEL:			

x 1<sup>ca</sup> Círculo do Nascimento

**COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

**DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:**

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM:                     

### TERMO DE RECUSA

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 06146267309 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAVALCANTE DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO CAVALCANTE DA SILVA 6 - CPF: 06146267309  
7 - Profissão: RECEIJO 8 - Endereço: R. CHARTRE NOBREIRA 9 - Número: 1460 10 - Complemento: CECOP  
11 - Bairro: SA. ROLANHA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60551-180  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 085 47835811

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho vivo) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Morto

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não estiver assinado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 14/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 1807 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **20/02/2020 15:13:27**  
Data / Hora da Ocorrência: **14/11/2019 10:25:00**  
Endereço da Ocorrência: **R IJALMA PETIT COM A RUA CAPITÃO OLAVO, AEROLANDIA - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **EDUARDO CRUZ DA SILVA**  
Nascimento: **14/04/1990** CPF: **061.462.673-09**  
RG: **2004010253304** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS DA CRUZ**  
**EDMUNDO BRITO DA SILVA FILHO**  
Endereço: **RUA CAPITÃO NOGUEIRA, 400**  
Bairro: **AEROLANDIA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **3472-5744**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **ORZ0590** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1660FR003174** Renavam: **1017401630** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN EX** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **PEDRO SILVA DA CRUZ** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

DIZ O DECLARANTE QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, PILOTAVA SUA MOTO ACIMA DESCRITA QUANDO FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DE PLACAS NÃO ANOTADAS; QUE O DECLARANTE NA CAIU AO SOLO E NA QUEDA FRATUROU A TÍBIA E FIBULA ESQUERDA; QUE LEVADO AO HOSPITAL FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANA, POR UMA VIATURA DO SAMU ONDE FOI OPERADO.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**EDUARDO COUTINHO DO RÊGO - MAT.: 30119304**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 06146267309 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CUNHA DO SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO CUNHA DO SILVA 6 - CPF: 06146267309

7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: R. CARLOS ALBERTO 9 - Número: 400 10 - Complemento: 2050

11 - Bairro: SENECA P.A. 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60511-180

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 085 7835 8111

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1559

CONTA: 30499

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ho Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu(n)al(n)ascor?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
(assinatura)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 18 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 29 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 14/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 06146267309 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO CAVALCANTE DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO CAVALCANTE DA SILVA 6 - CPF: 06146267309  
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: R. CHARTRE NOBREIRA 9 - Número: 1460 10 - Complemento: 2020  
11 - Bairro: S. ROLANHA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60551-180  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 08543835811

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho vivo) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não estiver assinado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 14/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146954

Vítima: EDUARDO CRUZ DA SILVA

Data do Acidente: 14/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDUARDO CRUZ DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDUARDO CRUZ DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001559**

Conta: **0000030499-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200146954                      Vítima: EDUARDO CRUZ DA SILVA

Data do Acidente: 14/11/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO CRUZ DA SILVA

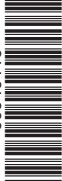
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200146954**

**Vítima: EDUARDO CRUZ DA SILVA**

**Data do Acidente: 14/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDUARDO CRUZ DA SILVA**

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



# 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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EDUARDO CRUZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01559

CONTA: 000000030499-3

---

Nr. da Autenticação E814932EC23CBF01

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114447/20

**Número do Sinistro:** 3200146954

**Vítima:** EDUARDO CRUZ DA SILVA

**Data do acidente:** 14/11/2019

**CPF:** 061.462.673-09

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDUARDO CRUZ DA SILVA

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**EDUARDO CRUZ DA SILVA : 061.462.673-09**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114447/20

**Vítima:** EDUARDO CRUZ DA SILVA

**CPF:** 061.462.673-09

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 14/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDUARDO CRUZ DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EDUARDO CRUZ DA SILVA : 061.462.673-09**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/04/2020  
Nome: EDUARDO CRUZ DA SILVA  
CPF: 061.462.673-09

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

EDUARDO CRUZ DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **EDUARDO CRUZ DA SILVA**

DATA DO ACIDENTE **14/11/2019** CPF DA VÍTIMA **061.462.673-09**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA CAPITAO NOGUEIRA, 460**  
**Bairro: AEROLANDIA - FORTALEZA**

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

## VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **14/04/2020**

NOME **Andersson Silva**

ASSINATURA **Analista DPVAT**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200146954 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO CRUZ DA SILVA **Data do acidente:** 14/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 04/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** RESUMO DE ALTA - PÁGINA 01.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

DEPARTAMENTO DE DEFENSA  
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS  
0115614700

FORMA DE 1017401 0000000000 201

SEÑAL STUVA EN CRUZ

FORNIALESA EN

1257205110 0000000000

0000000000 0000000000

HORAS DE 100 1100 12

2000000000 0000000000

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

0000000000 0000000000

0000000000 0000000000

0000000000 0000000000

0000000000 0000000000

0000000000 0000000000