



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação 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

DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10

**FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL
ESQUERDA**

**FRATURA DA TIBIA E FÍBULA DISTAL ESQUERDA
CORRIGIDA**

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

PACIENTE 39A REFERENCIADO PARA ESTE HOSPITAL PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO **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 QUIEXAS CLÍNICAS NO MOMENTO. PARAMETROS FISIOLOGICOS E NORMAIS. EUPNEICA EM AR AMBIENTE E AFEBRIL. ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS. DIETA ORAL CONSCIENTE, ORIENTADA E VIGIL. BOM CONTROLE ÁLGICO. FERIDA OPERATORIA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. APTO PARA ALTA HOSPITALAR.

TERAPÉUTICA REALIZADA:

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

ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

- 1) SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS
- 2) MARCAR NO SAME RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA - 38.12.10 - 34 R.
- 3) FAZER RAI-O-X PARA AVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO RETORNO
- 4) RETIRAR PONTOS APÓS 14 DIAS DA CIRURGIA COM ENFERMAGEM
- 5) ANALGÉSIA, PROFILAXIA PARA TEV E ORIENTAÇÕES GERAIS

CONDIÇÕES DE ALTA

Curada Melhorado Inalterada A pedido Transferida
 OUTRA Óbito Solicitada Necropsia

Dr. RAPHAEL CUNHA
Médico da Faculdade e Comunidade
CREMEC - 27630
Av. Lineu Machado, 145 - Joquei Clube
CEP: 60520-100 Fortaleza

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

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

CARIMBO DO SERVIÇO

Av. Lineu Machado, 145 - Joquei 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. Geraldo Cunha
Médico da Unidade de Coordenadoria
CREMERC - 17810
Av. Lineu Machado, 145 - Jockey
CEP: 60520-100 Fortaleza

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 – Jockey Clube
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3233-3545
Fortaleza - Ceará

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

PAUTANTE
EDUARDO CRUZ DA SILVA

N.º DO PRONTUÁRIO
235819 N.º H.º
326062
NASCIMENTO
14/04/1990 (29
ANOS) SEXO
M MULHER
PÁDIO

REGISTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 061.462.673-09

ENDEREÇO
CASA UHSB M 02 D

Cidade
FORTALEZA

CEP
60351-180

UF
CE

ENDEREÇO
RUA CAPITÃO NOGUEIRA 400 ALTO DA BAIAMONTE
CONTATO
(86)98583-1465

NOME MÃE
MARIA DA CONCEIÇÃO DA
CRUZ

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE PELO SAMU. COLISÃO CARRO - MOTO. NEGA SINCOPE + NÁUSEAS. REFERE DOR
DE MIGRAÇÃO LOCAL.

VOTOV
AValiação TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR
2 (ADULTO)

DATA
14/11/2019





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

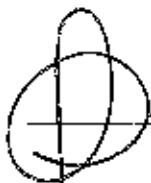
1) NOVALGINA 1G-----1CX

01 COMPRIMIDO ORAL DE 6/6H SE DOR

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

01 COMPRIMIDO 12/12H POR 5 DIAS

FORTALEZA 08/12/2019.



Dr. RAFAELI DE SOUZA CUNHA
Médico da Família e Comunidade
CRM/CE: 278.10
Av. Lineu Machado, 145 - Jóquei Clube
CEP: 60520 - 100 Fone: (85) 3233-3845

Av. Lineu Machado, 145 – Jóquei Clube
CEP: 60520 – 100 Fone: (85) 3233-3845
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,

1
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
SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45653-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P - 999368/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 1138 M-02 PONTO DE APOIO: CASA BRASILEIRAS N.º DA OCORRÊNCIA: 0365
 DATA: 14/11/2019 TURNO: M/T EQUIPE: Edigley e Eduardo
 NOME: Eduardo Cruz da Silva IDADE: 29 ANOS SEXO: Masculino
 ENDERECO: Dijuma Petit com Capitão Olinto
 REFERÊNCIA: 110 MARGINAL BR 16 BAIRRO: Aeroporto
 QTY: 11:10 QUS: 11:25 QUY: 12:16 QUU: 13:00
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro x Moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO 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:	

A

B

Respiração

C

Circulação

D

Neurologia

E

Traumatismo

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO		AUSCULTA	
	<input checked="" type="checkbox"/> EURENICO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA	<input type="checkbox"/> ALTERADA	<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 type="checkbox"/> CHEIO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> PÁUDA	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> QUENTE			
LOCAL:		<input type="checkbox"/> FRIA				

ESCALA DE CÔMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

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

PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Dr. DFW. Valdeci. Fratura de Membro inferior esquerdo fibula e tibia (fechada)	

SAMPLA

P: 97 bpm PA: 150/90 FR: 18 bpm GLIC: — OXIM: 99% TEMP: —

Abundado paciente em via respiratória ao seco. O mesmo respondeu consciente, orientado, verbalizado e alerta. Este foi imobilizado para colher a carga com moto, portava capacete na cabeça, não refere náuseas ou vômitos. O paciente percebeu um traumatismo de membro inferior esquerdo de tibia e fibula fechada, esguicho, esvaziou o seu pelo corpo sem nenhuma evasão de fraturas, dor intensa no local.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Ex. Abordado paciente em via pública ao lado de sua viatura com de consiente e responsabilidade. Foi realizadas manobras primárias e secundárias. Foi visto (12.11.11) sem vitais e subidas pressionais com arredondadas e sem complicações, fato prematuro e hotsário do caso. Instruções e limitações do trauma, fato inabilitante com total e imediata, para longa e remoção a viaria ou ambulância. Foi protocolado no 2º módulo regulador da ocorrência do SAMU 192 ASS /COREN: regulador, Transporte e remoção e ANOTACÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA conforme anexo para o hospital referido este segue nos moldes máximos e observar as hipóteses compreendidas por passageiros - esposa e mãe.

ASS.:

EU: 11/12/11

EN: 11/12/11

COREN: 01/210/11

BOLETIM EMERG:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

 LIBERADO

Frotinha do Antônio Bezerra

 RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO: ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTEPACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

x¹ Cideli do Nascimento

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

EM: 11/12/11 às 11hs

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

OCAL:

EM: 11/12/11

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

SAMU EM: 11/12/11 às 11hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ESSINATURA:

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:

68146267809

4 - Nome completo da vítima:

EDUARDO CRUZ DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE N° 445/2012

5 - Nome completo:

EDUARDO CRUZ DA SILVA

6 - CPF:

68146267809

7 - Profissão:

Locutor

8 - Endereço:

R. Martins de Oliveira

9 - Número:

160

10 - Complemento:

esq

11 - Bairro:

Acetápolis

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60351-180

15 - E-mail:

16 - Tel/DDD:

085/8735811

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERNAMENTE

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 n° 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 Lider 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 (na Civil) Divorciado 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

nasцuro (val nascer)?

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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário identificada

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Eduardo Cruz da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Eduardo Cruz da Silva



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 TIBIA E FIBULA ESQUERDA; QUE LEVADO AO HOSPITAL FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANA, POR UMA VIATURA DO SAMU ONDE FOI OPERADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature] **EDUARDO COUTINHO DO RÉGO - 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:

061462673-09

4 - Nome completo da vítima:

EDMIR CRUZ 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:

EDMIR CRUZ DA SILVA

6 - CPF:

061462673-09

7 - Profissão:

Locutor

8 - Endereço:

R. Martins de Sá, 1000

9 - Número:

1000

10 - Complemento:

000

11 - Bairro:

Alto da Praia

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60351-180

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

085 48358111

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:

RECUZO 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 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: 1559

CONTA: 30499

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 Lider 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 (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do falecimento 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 teve filhos?

Sim

Não

31 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

32 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Este cliente 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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:

06146267809

4 - Nome completo da vítima:

EDUARDO CRUZ DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE N° 445/2012

5 - Nome completo:

EDUARDO CRUZ DA SILVA

6 - CPF:

06146267809

7 - Profissão:

Locutor

8 - Endereço:

R. Martins de Oliveira

9 - Número:

160

10 - Complemento:

esq

11 - Bairro:

Acetápolis

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60351-180

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

085-87358111

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERNAMENTE

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 n° 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 Lider 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 (ou Civil) Divorciado 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 herdeiros (valores):

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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário identificada

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Eduardo Cruz da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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, 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, retorno 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



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, 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:

Autorização de pagamento	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

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, 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

CPF: 061.462.673-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/11/2019

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/11/2019

Titular do CPF: EDUARDO CRUZ DA SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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 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 _____ENDERECO 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 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 **Anderson 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

Valorização 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

