



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01332197-8** em **16/07/2020 11:46:25**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0236143-61.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01332197-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 16/07/2020 11:46:25

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

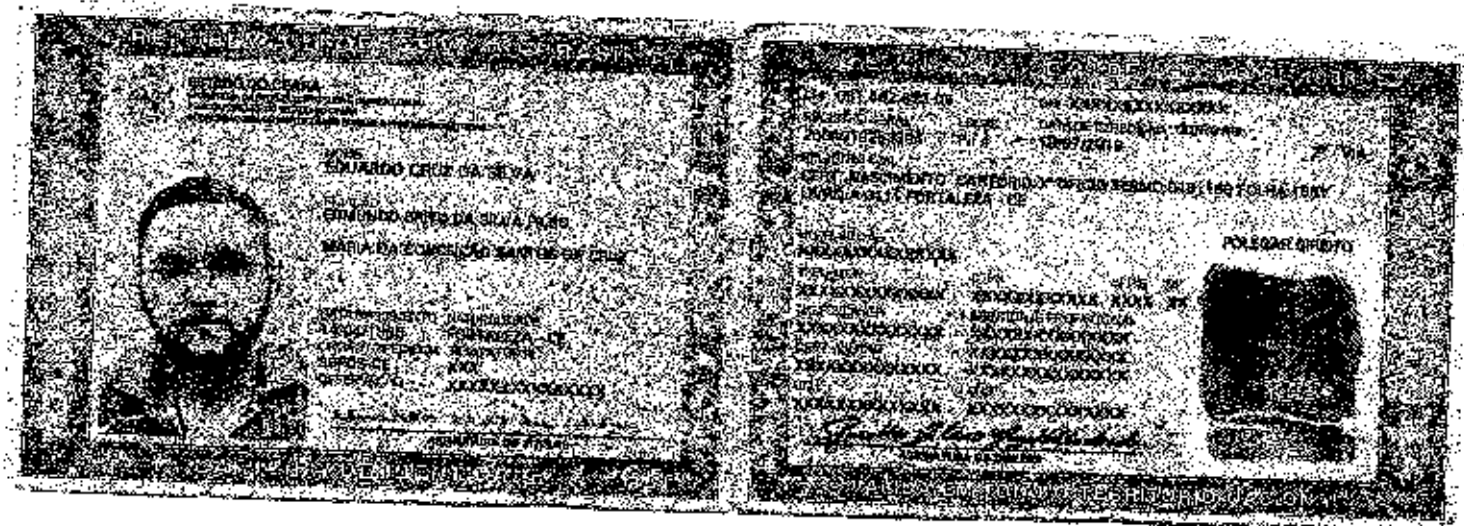
 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2735147_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2735147_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-23.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)





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 INTERCORRENCIAS.

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
() OUTRA () Óbito () Solicitada Necropsia

DR. RAFAEL DE CUNHA
Médico da Família e Comunidade
CRM/CE - 17630
Av. Lineu Machado, 145 - 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, 145 - 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

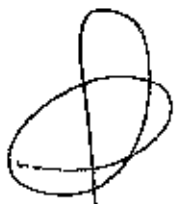
ATESTADO MÉDICO

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 - JUNHA
Médico do Trabalho e Geriatria
CRM/CE - 17812
Av. Linneu Machado, 145 - Jockey Clube
CEP: 60520-100 Fortaleza

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

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

Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

PAZILME
EDUARDO CRUZ DA SILVA

DADOS PESSOAIS

Nº DO PRONTUÁRIO 235819 N. DO B. 326062

NASCIMENTO 14/04/1990(29 ANOS) SEXO M

ENDEREÇO RUA CAPITÃO NOGUEIRA 400 ALTO DA BAI ANA

CONTATO (86)98583-1465

REGISTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 061.462.673-09

CAMU USB M 02 O

FORTALEZA CE

60.451-180

COLOMIA PARO

MARIA DA CONCEICAO SA CRUZ

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CAUSADO PELO SAMU. COLISÃO CARRO - MOTO. NEGA SINCOPE + NÁUSEAS. REFERE DOR

VOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR 2 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL 150/80

SAT O2 99%

PULSO 77

ALERGIAS NI

RESPONSABILIDADE PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ATENDIMENTO TRAUMA

DATA DE REGISTRO 14/11/2019

Fratura de diáfise do tíbio e fíbula do
pé (E).
CD: Inter pro fratura direita

PROCEDIMENTO CID

US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

Re de perna (E) AP/Anf

Re de tornozelo (E) AP/Anf

Re de pé (E) AP/Anf

Re de edema tornozelo AP/Anf

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

TIPO DE ALTA BAIXA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () QUITO () APÓS 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

MARIA HELENA em 14/11/2019 às 12:23:47

Atestamos veracidade das informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 304

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

EDUARDO CRUZ DA SILVA

Marcia Ramos
Met. 45632
Coordenador do SAMU - HDEAM

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
CREMESP - 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
SAMU-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: Dique Pet com Capão Olado	BAIRRO: Acorlandia	
REFERÊNCIA: Início Marginal BR 16	QUY: 12:16	QUU: 13:00
QTY: 11:10	QUS: 11:25	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro e Moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

A

B

C

D

E

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EURNÉICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/AUSENTE			

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
		NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

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

SAMPLA

FC: 97 bpm	PA: 150/90 mmHg	TEMP: 38,0°C	GLIC: —	OXIM: 99% SpO2	TEMP: —
------------	-----------------	--------------	---------	----------------	---------

Abundado paciente em via pública ao solo. O mesmo permanece consciente, orientado, verbalizando e alerta. Este foi submetido por colisão carro com moto, portava capacete nas duas partes, sem referir náuseas e vômitos. O mesmo permanece com fratura de membro inferior esquerdo de tíbia e fíbula fechada, apresentando esmagamento local pelo corpo sem sinais evidentes de fratura, dor intensa no local.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Foi, abordagem paciente em via pública ao qual foi visto um de consciência e responsabilidade, feito anotações primárias e secundárias, foi visto (12.4.0) sinais vitais e subarais posições com alterações e/ou complicações, feito perimetro e história do caso, imatrigações e limitações do trauma, feito imatrigações com tala e atadura, parafalanga e removedor a mão ao arado. Foi passado em 24 média regular da ocorrência do SAMU 192 ASS. / COREN: *Reginaldo Furtado* e removido este ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA *informe anotação* para o hospital referenciado este segue nos modelos indicados e observados hospitalar acompanhado por familiares - esposa e mãe.

ASS.:

ED: *12.4.0* EN: *12.4.0* COREN: *00.210.12*

UNIDADE DE SAÚDE: *Fretinha do Antão Secura* DESTINO DO PACIENTE
☒ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE
 PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

BOLETIM EMERG:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

x *Cibele do Nascimento*

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

EM: *1* / *1* às *12* hs

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: *1* / *1*

TERMO DE RECUSA

EU, *_____* RG / CPF *_____*
 DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
 SAMU EM: *1* / *1* às *12* hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.
 ASSINATURA: *_____*

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: 06146867309 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: 06146867309
7 - Profissão: RECEIJO 8 - Endereço: R. CHARTRE NOBREIRA 9 - Número: 1460 10 - Complemento: CEP
11 - Bairro: SELOTA P'Á 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(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)



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 811

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 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 nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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: 06146867309 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: 06146867309
7 - Profissão: RECEIJO 8 - Endereço: R. CHARTRE NOBREIRA 9 - Número: 1460 10 - Complemento: CEP
11 - Bairro: SELOTA P'Á 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 ☐ 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? ☐ 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.

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:

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



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 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 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 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

CONFIDENTIAL

MEMO STAFF & CRUZ

FOR ALL THESE YEARS

1500

銀花燭臺

44-13698-103174

1990年10月10日

2014-14-17

28 NOV 70

FRANCIS

The diagram shows a 3D coordinate system with axes labeled x , y , and z . A rectangular domain is defined by $x=0$, $x=L$, $y=0$, $y=H$, and $z=0$. The domain is divided into several sub-regions by dashed lines. The sub-regions are labeled with letters A through F. The diagram illustrates the spatial arrangement of the domain and the location of the sub-regions.

00-68

RE: FID. MATIN DE L'OR. NATIONAL BOND

1. 1994年，中国进出口贸易总额为1216.7亿美元，比上年增长33.4%。其中，出口贸易总额为621.0亿美元，比上年增长39.4%；进口贸易总额为595.7亿美元，比上年增长27.9%。按国别或地区分，1994年中国出口贸易总额为621.0亿美元，比上年增长39.4%。其中，对亚洲出口贸易总额为242.8亿美元，比上年增长35.0%；对欧洲出口贸易总额为177.2亿美元，比上年增长34.0%；对北美洲出口贸易总额为90.4亿美元，比上年增长30.0%；对大洋洲出口贸易总额为57.3亿美元，比上年增长30.0%；对非洲出口贸易总额为42.3亿美元，比上年增长29.0%；对拉丁美洲及加勒比海地区出口贸易总额为11.2亿美元，比上年增长29.0%。按产品分，1994年中国出口贸易总额为621.0亿美元，比上年增长39.4%。其中，初级产品出口贸易总额为276.8亿美元，比上年增长31.0%；工业制成品出口贸易总额为344.2亿美元，比上年增长45.0%。1994年中国进口贸易总额为595.7亿美元，比上年增长27.9%。其中，初级产品进口贸易总额为226.6亿美元，比上年增长24.0%；工业制成品进口贸易总额为369.1亿美元，比上年增长32.0%。按国别或地区分，1994年中国进口贸易总额为595.7亿美元，比上年增长27.9%。其中，从亚洲进口贸易总额为187.5亿美元，比上年增长24.0%；从欧洲进口贸易总额为164.2亿美元，比上年增长28.0%；从北美洲进口贸易总额为81.1亿美元，比上年增长26.0%；从大洋洲进口贸易总额为36.3亿美元，比上年增长25.0%；从非洲进口贸易总额为24.6亿美元，比上年增长24.0%；从拉丁美洲及加勒比海地区进口贸易总额为7.5亿美元，比上年增长23.0%。按产品分，1994年中国进口贸易总额为595.7亿美元，比上年增长27.9%。其中，初级产品进口贸易总额为226.6亿美元，比上年增长24.0%；工业制成品进口贸易总额为369.1亿美元，比上年增长32.0%。

FOIA b 7 - D