

**Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

Portal de Serviços

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 **WEB1.20.01343584-1** em **22/07/2020 12:19:59**.
- 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 : 0236817-39.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01343584-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 22/07/2020 12:19:59

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* : 2736396_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2736396_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-22.pdf

Downloads

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

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de ITR



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA

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: 1048 CONTA: 32525

AGÊNCIA: CONTA:

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 qualificação 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CML) ☐ 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(vários)? ☐ 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 art. 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 2019
Circular DIREG – 015/2019

Aos
Corretores Parceiros

REF: Revisão dos documentos de Sinistros DPVAT - Registro de Ocorrência, Comprovante de Ato Declaratório, Comprovante de Residência, Declaração de Proprietário, Boletim de Atendimento Médico, Laudo do IML, Declaração de Inexistência do Laudo do IML e Pedido do Seguro DPVAT-testemunhas.

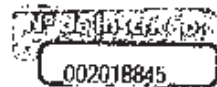
Com objetivo de simplificar o processo dos sinistros administrativos, novos procedimentos devem ser observados, conforme o quadro a seguir:

Documento:	De:	Para:
Registro de Ocorrência Policial	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Comprovante do Ato Declaratório	Exigido para acidentes declarados com data superior a 30 dias	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Comprovante de Residência.	Contas de consumo emitidas em até 180 dias	Qualquer comprovante de residência, sem prazo de validade
Declaração de Proprietário de Veículo	Exigido para coberturas DAMS e Invalidez com acidentes envolvendo motocicletas	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Boletim de Atendimento Médico	Emitido no dia do acidente	Emitido em até 72 horas da data do acidente
Laudo do IML	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Declaração de Inexistência do Laudo do IML	03 opções de motivos para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT	Opção única de motivo para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT

Os novos procedimentos passam a vigorar para sinistros avisados:

- a) A partir do dia 30/09/2019; ou
- b) Anteriores a 30/09/2019 (novos pendenciamentos).

Todas as comunicações relacionadas aos documentos e procedimentos aqui citados ficam alteradas ou revogadas quanto à sua forma e seu conteúdo, conforme a seguir:



DADOS DO CLIENTE

Nome: JOAO MEHDES DA SILVA

End. Leitura: RUA IPANÉRI ST-13, 780, D. PRAIA DO FUTURO II

Cidade: FORTALEZA

End. Entrega:

Cidade:

Local:

ODI

Setor: 013

Subsetor: 00

Quadra: 0067

Subquadra: 00

Lote: 0062

Comp: 0001

CEP: 60163-017

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	019H250729	22	35	13	10

DATAS

Leitura Atual: 05/10/2019

Leitura Anterior: 06/09/2019

Leitura: 05/10/2019

Próxima Leitura: 07/11/2019

Lacre Água: 3697901

Lacre Engate:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 15 m³ | META: 12 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Engate (m³)
ÁGUA	42.76	Mês/Ano		
MULTA DE 2%	0.57	out/18	17	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0.05	nov/18	9	0
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	5.78	dez/18	11	0
		jan/19	11	0
		fev/19	13	0
		mar/19	9	0
		abr/19	7	0
		mai/19	9	0
		jun/19	12	0
		jul/19	9	0
		ago/19	13	0
		set/19	10	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PTS	0.47	VALOR DO SERVIÇO	59.83
COFINS	2.35	VALOR DO SUBSÍDIO	10.67
		VALOR TOTAL A PAGAR	49.16

MÊS/ANO

10/2019

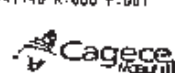
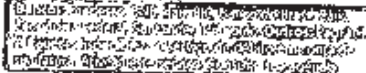
VENCIMENTO

21/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

49,16

I:356344093721464 E:8066 N:1:41:40 R:096 P:001



Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Agências Reguladoras: Fortaleza: ARCE - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 303 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 376 3838. Dúvidas e reclamações: 155 Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Para informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.arce.ce.gov.br, ou pelo e-mail: atendimento@arce.ce.gov.br, de 8h às 17h e 13h às 17h.



1147434

Campanha de Incentivo

04-812275

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO DE SUBSTÂNCIAS

1000-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

1040-1047

09/07/1979

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

2007/10

DADOS DO NATURALIZADO

CIP - ILUM PUB PREF NUNIA

CONSUL

ADICIONAL BANC. AMARELA

COS-SEGURO SUPER 3 + 1

PIAT. 2007/10

0.74777

0.01394

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
JOÃO MENDES DA SILVA

DATA DO CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 72557451304; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96002124844

NOME DO RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

CE

60.183-017

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUÍMICA
ACIDENTE MOTO ANIMAL LUXAÇÃO NO JOELHO E E ESCORAÇÕES

SINTOMAS

NI

RESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

CLASSIFICAÇÃO

VEROE

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

ALERGIAS

NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

*Refus o dente de mola há 1 semana.
trazido pelo SMC de casa. Reforço dor intensa
joelho E.*

DIAGNÓSTICO

SOLICITAÇÃO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

COO PROCEDIMENTO

CID

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO

Rx do joelho E A e P

(7W)

*RECIBO DE PAGAMENTO
DE TAXA DE PRECATORIO
PREMIO 15.904.801 15/12/2019*

TIPO DE ALTA/SÁIDA

ALTA/SÁIDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR em 23/10/2019 12:13:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

04.885.197/00012-01

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Dom João José, Coelho 1573

Messejana - Cep: 60.864-810

Fortaleza - Ceará

JOÃO MENDES DA SILVA

CONFERE COM ORIGINAL
25/11/20
[Assinatura]

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO MENDES DA SILVA

6 - Nº PRONTUÁRIO

518491

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOAO MENDES DA SILVA

DDD 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. SP4402, N. 180 - B12 DO FURTO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

14 - CDD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE RANALTO TIBIAL D
UD ± 6 DIAS DON E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

18 - COMENTÁRIOS JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES

19 - PRAZOS

20 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R50106MFD

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Pâncreo

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

FIO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

RETIVO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/10/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CDDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

43 -

44 - PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

45 - CDD ORGÃO EMISSOR

46 - DO

☐ CNS

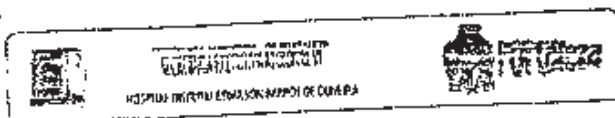
47 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Dom João e Tomaz Coelho 1570
Cidade de Fortaleza - Ceará
CEP: 60.864-810COPIAR COM ORIGINAL
23/11/19
Dilma

GRAT. INDEDO - SAME-AIH-688



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL
5164141

PACIENTE <i>Paulo Mendes da Silva</i>		ENTERMIA: <i>II</i>		LEITO: <i>36</i>
DATA OPERAÇÃO <i>06/11/19</i>		1º AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		
2º AUXILIAR: <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		3º AUXILIAR:		
ANESTESISTA: <i>Dr. Diana</i>		TIPO DE ANESTESIA:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura do joelho ea</i>				
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>Osteotomia + artroscopia</i>				
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:				
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:				
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:				
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP: *semas*

*Quiladas para de anestesia e controle
da pressão arterial no tórax da cora ea
sua lateral do joelho ea com abordagem
visualizar redução e sintoma de dor
Hafar total ea com artroscopia
com placa eu e a para fazer sutura B
para pr para dentro oclusão
e tração de*

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcanti-Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDIMELSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tamez Coelho 1578
Messejana - C.p. 00.804-010
Fortaleza - Ceará

Grat. HDERO - FME-Depto

CONFERE COM ORIGINAL
25/11/19
Dulcineia

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

IDENTIFICAÇÃO
JOAO MENDES DA SILVA

REGISTRO DE PESSOA FISICA (CPF): 72557451304; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96002124844

ENDEREÇO
RUA (PAMERI) 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO

CIDADE
FORTALEZA

CEP
60.183-017

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
05/06/1952 (67 ANOS)

ENDEREÇO
RUA (PAMERI) 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO

N. DO PRONTUÁRIO
5164141

SEXO
M

NOME
MARIA MENDES DA SILVA

N. DO BE
377517

TACACOR
PARDO

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
ABALROAMENTO

ESCALA DE DOP
99 (ADULTO)

ACIDENTE MOTO (ANIMAL LUXAÇÃO NO JOELHO E E ESCORAÇÕES

DIAGNÓSTICO
MI

SINAIS VITAIS

SAT O2
NI%

PLSD
NI

GLICEMIA
NI

ALTURA
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

ALERGIAS
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
23/10/2019 12:13:57

ÁREA ATENDIMENTO

EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Reflexo do dente de leite há 1 semana.
Trasporto pelo SMC de carro. Reforço dos pontos
pontos E.

EXAMINACÃO

COD. PROCEDIMENTO

CID

EXAMINACÃO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO

Receita de pontos E e P

(7W)

TIPO DE ATIVIDADE

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

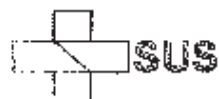
CARDIO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR em 23/10/2019 12:13:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

JOAO MENDES DA SILVA

25.11.19
D. L. M. S.



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO MENDES DA SILVA

6 - Nº PRONTUÁRIO

516191

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

06/06/1952

9 - SEXO

Masculino ☐ Feminino ☒

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

JOAO MENDES DA SILVA

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. D. A. D. 1 - 180 - 1212 60 FURTO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

14 - CDD. SIGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE PUNHAL TIBIAL D
W + 6 DIAS DOR E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

18 - OUTROS

JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

Risco de Complicações

19 - FOL

20 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAFIA

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura do punhal

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CUNTA

10

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DEFINIR

29 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/10/19

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. JOAO MENDES DA SILVA
15/07/1962

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNRE EMPRESA

42 - CDD

43 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - PREVIDÊNCIA

47 - CDD

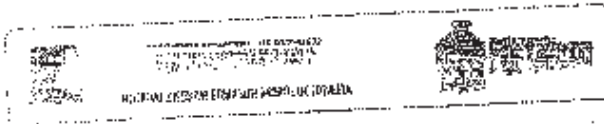
48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

☐ CNS

49 - DATA DO DOCUMENTO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

GRANDE DO CARNE-ALB-200



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

5164141

NOME <i>João Afonso da Silva</i>		ENFERMARIA <i>II</i>		LEITO <i>36</i>
DATA DE NASCIMENTO <i>06/11/19</i>		1º AUXILIAR <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		
2º AUXILIAR <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
NOME DO CIRURGIÃO <i>Dr. Paulo de Tasso</i>		TIPO DE ANESTESIA		
HISTÓRICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Tratado de glicose e</i>				
DIAGNÓSTICO <i>ulceras + celulite</i>				
HISTÓRICO PÓS-OPERATÓRIO				
EXATIDÃO DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO				
EXATIDÃO DIAGNÓSTICO				
OBSERVAÇÕES DURANTE A OPERAÇÃO				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - FATO E TÉCNICAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP

Realizado pela Dr. Paulo de Tasso e outros. Exatidão diagnóstica no diagnóstico da celulite e abscesso de glicose e celulite. Tratado de glicose e celulite. Realizado pela Dr. Paulo de Tasso e outros. Exatidão diagnóstica no diagnóstico da celulite e abscesso de glicose e celulite. Tratado de glicose e celulite. Realizado pela Dr. Paulo de Tasso e outros. Exatidão diagnóstica no diagnóstico da celulite e abscesso de glicose e celulite. Tratado de glicose e celulite.

Dr. Paulo de Tasso
Cirurgião de Tasso
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

Grat. HDEP - 100 - Des.

25-12-19
D. Paulo de Tasso



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRIAL COMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

5164 144

PACIENTE	Nome: <i>Almeida</i>
ENDEREÇO	
UNIDADE	
ENFERMARIA	23111111
LEITO	36
INÍCIO DO TRATAMENTO	23/11/11
DATA DA ALTA	08/11/11
DATA DO RETORNO	23/11/11
CAUSA PARA RETORNO	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Opaco

DIAGNÓSTICOS

PROBLEMA	<i>Infecção</i>
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
EXAMES	
REALIZAÇÕES	<i>IC</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Comp

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Anti + Fís

CONDIÇÃO DE ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBROS ☐ OUTROS

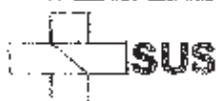
OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

18/11/11

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☐ Feminino ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE FURCULA TIBIAL D
LH ± 6 DIAS DOR E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

18 - JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

Risco de Complicação

19 - Nº

20 - TIPOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRAMA

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - BÔNUS

36 - ORIENTE DE TRÁNSITO

37 - ORIENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNES EMPRESA

40 - CEP

41 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - VALIDAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DATA

50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

51 - DATA DO DOCUMENTO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ESTAB. DE DO-ORAM-AM-50



MATRICULA NO HOSPITAL

5/6/41

Ant. Mendes da Silva

$$f_{\text{max}} = 1.5 \times 10^4 \text{ Hz}$$

66/4/13

UNIT REVIEW:

LEITO

36

27. $\frac{1}{2} \sqrt{10} \sqrt{10} \sqrt{10}$

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

SECTION FIVE—OPERATING PROCEDURES

PROVINCIAL CHIEF

TABLE 2. OPERATING

1981: 412 RIG MEDIO PAOLO GISTIA

Suppose $\mathcal{L}(\mathcal{A}) \subseteq \mathcal{L}(\mathcal{B})$ and

1.3.3.3.2.3. A OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁCTICO E TÉCNICAS DE DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP

Unidade geral de absorção e nutrição
- Impulsão sanguínea ao tronco da corda
- Locomoção lateral do zóteo e com odores
- Nutrição reduzida e síntese de proteínas
- Habitat: água doce e com acúmulo de matéria orgânica
- Como planta em L e para fazer suco
- Placa por placa, dentro do corpo
- e toda a face de

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM-1985

06-08-2017 14:09

75-4 05 25 100

... *... ..*

1. *Journal of the American Medical Association*, 277: 1005-1006, 1997.

[illegible]

1051

6:21.HDEB:

..G.. ..D₁..

25-74
Dated 19

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME JOAO MENDES DA SILVA	
DOC EM TIPO DE / CÓDIGO INTERIOR DE 96002124044 SSP CE	
CM 725.574.513-04	DATA NASCIMENTO 06/06/1952
FAMÍLIA FRANCISCO GOMES DA SILVA MARIA MENDES DA SILVA	
INSCRIÇÃO	RG A
INSCRIÇÃO 06024686741	VALIDADE 19/12/2021
1ª VALIDADE 16/03/2014	
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura do Portador <i>João Mendes da Silva</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 21/12/2018
Assinatura do Emissor <i>João Mendes da Silva</i>	
41038445618 CE168458314	
CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1664331305

PROIBIDO PLASTIFICAR
1664331305



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

725.574.513-04

Nome

JOAO MENDES DA SILVA

Nascimento

06/06/1952



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



CE

NOME
JOAO MENDES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
96002124844 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
725.574.513-04 06/06/1952

FILIAÇÃO
FRANCISCO GOMES DA
SILVA
MARIA MENDES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06024686741

VALIDADE
19/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/03/2014

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

João Mendes da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
21/12/2018

Igor Vasconcelos Pontes
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

41038445618
CE168458314

CEARÁ

DENATRAN COMEFAN

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1664331305



PROIBIDO PLASTIFICAR
1664331305

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº 015384401374
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA COD RENAVAM RNTRE EXERCÍCIO
 DIC 1 477570267 0000000000 2012

NOME
 JOAO MENDES DA SILVA
 FORTALEZA / CE

CPF / CNPJ 72557051304
 PLACA QIM1065/CE

PLACA ANT / UF 725570267 / CE
 CHASSI 9C2HE0210CR027302

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLO / NAU APLIC.
 COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100
 ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP / POT / cil 2P / 0CV / 97CC
 CATEGORIA PARTIC
 COR PREDOMINANTE PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1	+	+	+
2	+	+	+
3	+	+	+

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 50.11 IOF (R\$) 0.32
 DATA DE PAGAMENTO 26/03/2012

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 09/09/2012

Suplente

CE Nº 015384401374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

72557051304 QIM1065 / CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15384401374

65695384006

EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 09/09/2012

VIA 1 CPF / CNPJ 72557051304 PLACA QIM1065

RENAVAM 477570267 MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB 2012 CAT. FIC 09 Nº CHASSI 9C2HE0210CR027302

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$) 36.05 DERATIM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 COTA ÚNICA 84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/08/2012

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTOR: HB02E1C027302



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

Nº 015384401374

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 1 - COD. RENAVAM - 000000000000 - EXERCÍCIO - 2019
2019

NOME - JORGE MENDES DA SILVA

FORALLEIA / CE

PLACA ANT / UF - 2557451304 - CHASSI - 9C2HE0210CR027302

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA ANT / UF - 2557451304 - CHASSI - 9C2HE0210CR027302

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

PLACA - 2557451304 - DATA EMISSÃO - 09/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

CE Nº 015384401374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2557451304

015384401374

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1304

15384401374

65895384006

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

EXERCÍCIO - 2019 DATA EMISSÃO - 09/09/2019

015384401374

RECIBO CE Nº

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

015384401374

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0443018/19

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

CPF: 725.574.513-04

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 17/10/2019

Titular do CPF: JOAO MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO MENDES DA SILVA : 725.574.513-04

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: 10/12/2019
Nome: JOAO MENDES DA SILVA
CPF: 725.574.513-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOAO MENDES DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JOAO MENDES DA SILVA**

DATA DO ACIDENTE **17/10/2019** CPF DA VÍTIMA **725 574 513 04**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARARENTESCO COM

A VÍTIMA É **RUA IPAMERI, 780 - PRAIA DO FUTURO**

ENDEREÇO DO PORTADOR **FORTALEZA** BAIRRO

Nº **COMPLEMENTO** UF **CEP**

CIDADE **TELEFONE ()**

E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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)

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL 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 16 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 DEPENDÊNCIA 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 CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL 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 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

22/01/2020

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

Anderson Silva

Andressa D'Alva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200044597 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 17/10/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS). PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443018/19

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

CPF: 725.574.513-04

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO MENDES DA SILVA : 725.574.513-04

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: 10/12/2019
Nome: JOAO MENDES DA SILVA
CPF: 725.574.513-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOAO MENDES DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037343/20

Número do Sinistro: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do acidente: 17/10/2019

CPF: 725.574.513-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO MENDES DA SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

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.

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: 19/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01048

CONTA: 000000032525-9

Nr. da Autenticação 38DB5B176D202BF3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

725574513 04

JOÃO MENDES 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:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1048

CONTA:

32525

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 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 qualificação 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CML)

☐ 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(vários)?

☐ 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 art. 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO MENDES 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



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
--	---

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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA

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

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

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

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044597

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 17/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO MENDES 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 joelho 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: **JOAO MENDES DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001048**

Conta: **0000032525-9**

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





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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	72557451304	João Mendes da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
João Mendes da Silva		72557451304
Profissão:	Endereço:	Número:
ambulante	E. pernambuco	780
Bairro:	Cidade:	CEP:
Phaia do futuro	Fontaléza	60183017
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	CE	(85) 85434261

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1048 13 CONTA: 32525 9	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	Fontaléza, 28 novembro 2019	TESTEMUNHAS
	Nome:	João Mendes da Silva	
	CPF:	72557451304	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o Incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

725574513 04

JOÃO MENDES 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:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1048

CONTA:

32525

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 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 qualificação 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CML)

☐ 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(vários)?

☐ 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Boletim de ocorrência nº 2019865002

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4079 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/11/2019 15:46:35**
Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2019 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DIOGUINHO, VICENTE PINZON - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO MENDES DA SILVA**
Nascimento: **06/06/1952** CPF: **725.574.513-04**
RG: **96002124844** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA IPAMERÍ, 780**
Bairro: **PRAIA DO FUTURO**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF:

CE

CEP:

Telefone: **8715-5200**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIM1065** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2HB0210CR027302** Renavam: **477570267** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO MENDES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDAPOP 100, PLACA OIM1065, PELA AVENIDA DIOGUINHO, QUANDO UM JUMENTO PASSOU NA FRENTE DO VEICULO, QUE VEIO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE O DECLARANTE VEIO A SOLO, SENDO SOCORRIDO POR UM TRANSEUNTE; QUE SUA FILHA LHE SOCORREU, EM SEGUIDA, LEVANDO-LHE PARA A UPA DA PRAIA DO FUTURO E, EM SEGUIDA, PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA; QUE AFIRMA TER SOFRIDO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES, E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 27/11/2019 15:56:41

Pág. 1 de 1

Impresso em: 27/11/2019 15:56:41



ATENTACAO - Certifico que esta copia reproduzida e reproduzida fiel do original que se foi apresentado, por fé.
Fortaleza 28 de novembro de 2019. Em testemunho da verdade.
CLAUDIA MARIA DA SILVA LIMA (Escriturante)
Valor Total R\$ 2,56. Válido somente com o selo de autenticidade



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4079 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/11/2019 15:46:35**
Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2019 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DIOGUINHO, VICENTE PINZON - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO MENDES DA SILVA**
Nascimento: **06/06/1952** CPF: **725.574.513-04** UF: _____
RG: **96002124844** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**
FRANCISCO GOMES DA SILVA
Endereço: **RUA IPAMERÍ, 780**
Bairro: **PRAIA DO FUTURO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **98543-4261**
País: **BRASIL** Telefone: **8715-5200** **98422-5401**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIM1065** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2HB0210CR027302** Renavam: **477570267** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO MENDES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDAPOP 100, PLACA OIM1065, PELA AVENIDA DIOGUINHO, QUANDO UM JUMENTO PASSOU NA FRENTE DO VEICULO, QUE VEIO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE O DECLARANTE VEIO A SOLO, SENDO SOCORRIDO POR UM TRANSEUNTE; QUE SUA FILHA LHE SOCORREU, EM SEGUIDA, LEVANDO-LHE PARA A UPA DA PRAIA DO FUTURO E, EM SEGUIDA, PARA O HOSPITAL FROTEINHA DE MESSEJANA; QUE AFIRMA TER SOFRIDO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Mendes da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7