

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022684/20

**Vítima:** HIAGO SALES FERREIRA

**CPF:** 499.131.938-26

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/10/2019

**Titular do CPF:** HIAGO SALES FERREIRA

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**HIAGO SALES FERREIRA : 499.131.938-26**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020  
Nome: HIAGO SALES FERREIRA  
CPF: 499.131.938-26

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

---

HIAGO SALES FERREIRA

---

ALANA DA SILVA DE MATOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022684/20

**Vítima:** HIAGO SALES FERREIRA

**CPF:** 499.131.938-26

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 04/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** HIAGO SALES FERREIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

**HIAGO SALES FERREIRA : 499.131.938-26**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020  
Nome: HIAGO SALES FERREIRA  
CPF: 499.131.938-26

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

HIAGO SALES FERREIRA

ALANA DA SILVA DE MATOS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**HIAGO SALES FERREIRA**



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMissor OF

20150251658 SSP CE

CPF

499.131.938-26 DATA NASCIMENTO  
24/05/2000

PRESUNÇÃO

FRANCISCO ERALDO  
FERREIRA  
MARIA FELIX SALES DO  
NASCIMENTO

PERMISSÃO

**PERMISSÃO**

ACC

CARHAB

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1844756367**

Nº REGISTRO

07310756400

VALIDADE

06/08/2020

1ª HABILITAÇÃO

07/08/2019

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;



**Hiago Sales Ferreira**

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

27/11/2019

*Igor Vassconcelos Ponte*  
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

01194114486  
CE173655866

**CEARÁ**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1844756367**

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004123767348 Admissão: 04/10/2019 23:24  
 Nome: HIAGO SALES FERREIRA  
 Pront.: 5638667 Data Nasc.: 24/05/2000 Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 21 dia(s) Tel: 85 98830-2616  
 Mãe: MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO  
 Sexo: Masculino RG: Municipio: FORTALEZA  
 CEP 60731-010 Bairro: CANINDEZINHO  
 Endereço: R. SANTO AGOSTINHO

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Risco: AMARELO Classificador JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA Horário 04/10/2019 23:33  
 Queixa: colisão moto/carro as 21:30hs, com capacete, desorientado, fratura colo femur esquerdo.

Fluxograma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Discriminador: FRATURA FEMUR? DOR INTENSA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES CRM: 18564 Nº: 559339 Horário 05/10/2019 00:24

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO 1

Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTOCARRO COM TRAUMA EM OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Data: 05/10/2019 03:37

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
04/10/2019	23:33	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	FRATURA FEMUR? DOR INTENSA	AMARELO JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA

**EXAME**

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RAIO-X RADIO AP/P ( OSSOS LONGOS)	05/10/2019 00:27	Não	Cancelado

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
05/10/2019 02:32	VICTOR AMON NUNES	PACIENTE COM QUADRO DE LUXAÇÃO DO QUADRIL.

PROTÓCOLO - IJF  
 DATA CADASTRA  
 SISTEMA E-SUS  
 DATA 14/10/2019  
 MATRÍCULA 13226  
 Colaborador: [Signature]

## Resumo de alta

NOME:

HIAGO SALES FERREIRA

LEITO:

1319

DATA DE INTERNACAO:

05/ 10/2019

DATA DA ALTA:

10/10/2019

BE/PRONT:

5638667

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

19

DIAGNOSTICOS:

Luxação da articulação do quadril (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL. RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

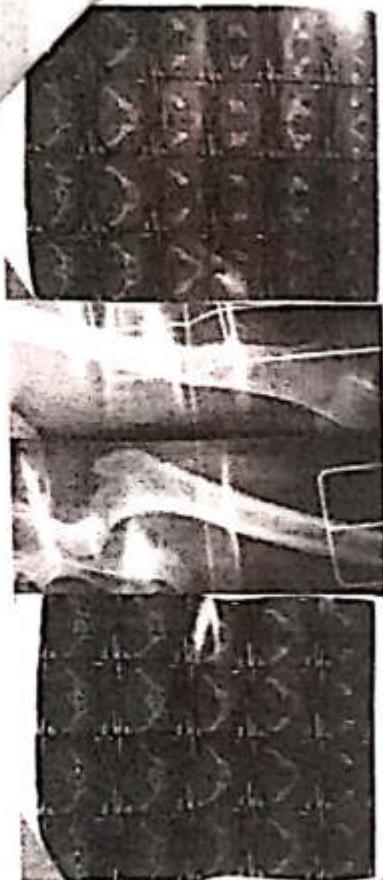
STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO





## Mapa de Cirurgias

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
------	------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------

Ass.: *Jeronimo Alves Secassio*  
*INDICO*  
*CFC - 19131*

*Jhônior. Equipe do quadrik*  
Retornar dia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora:  
\_\_\_\_\_  
para Dr. \_\_\_\_\_

Data: 10/10/19

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: HIAGO SALES FERREIRA  
 Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 17 dia(s)  
 Endereço: R. SANTO AGOSTINHO  
 Num: 1000 CEP: 60731-010  
 Sexo: Masculino  
 UF: CEARÁ  
 Pront.: 5638667  
 Bairro: CANINDEZINHO  
 Cidade: FORTALEZA

## Localização

Clinica: UNIDADE 13 Enfermaria: 133 Leito: 1319  
 Internação 05/10/2019 17:11 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

## Relatório

Tipo de Saída: Alta Cancelada

## Resumo Clínico

PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO.  
 SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL.  
 RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

## Exames Realizados

RX, TC, EXAMES LAB

## Terapêutica Utilizada

PACIENTE, 19 ANOS, VITIMA COLISAO MOTO X CARRO DIA 05/10 COM LUXACAO DO QUADRIL ESQUERDO.  
 SUBMETIDO A REDUCAO INCRUENTA NA EMERGENCIA. RETORNAR COM 14 DIAS A EQUIPE DE QUADRIL.  
 RETORNAR ANTES PELA EMERGENCIA SE INTERCORRENCIAS.

## Sequelas Apresentadas

## Diagnóstico

S730 - LUXACAO DA ARTICULACAO DO QUADRIL

## DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S730	LUXACAO DA ARTICULACAO DO QUADRIL

## Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 10/10/2019

## Observações Complementares

\* Não Informado \*

## Responsável

Médico: JONATAS PONTES VASCONCELOS

Data: 10/10/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



## DECLARAÇÃO

**192**

Regional Fortaleza

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Hiago Sales Ferreira** - C.P.F. - 499.131.938-26, no dia **04/10/2019**, às **22h10min**, na **Avenida Contorno Norte com Avenida Penetração Norte Sul**, no **Bairro Conjunto Esperança**, 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 **P962361/2019**.

Fortaleza, 26 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,

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

---

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

---

**Maurício Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza



P- 962361/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 1151513 PONTO DE APOIO: *Pronto* Nº DA OCORRÊNCIA: 11741  
 DATA: 04/10/2019 TURNO: *Madrugada* EQUIPE: *Welfer*  
 NOME: *Thiago Sales Ferreira* IDADE: 13 SEXO: *H*  
 ENDEREÇO: *R. Conde de Neri - 2544, Centro de Fortaleza*  
 REFERÊNCIA: BAIRRO: *Lagoa do Abaíba*  
 QTY: 23 QU: 22-10 QUY: 23-10 QUU: 23-10

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

<b>A</b> <small>Vias Respiratórias</small>	<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:
---	---	-------------------------------------	------

<b>B</b> <small>Respiratório</small>	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____

<b>C</b> <small>Circulação</small>	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO	
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input checked="" type="checkbox"/> > 2 seg

<b>D</b> <small>Neuroológico</small>	ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)				
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	OBEDECE A COMANDOS	MOVIMENTO DE RETIRADA
	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> À VOZ <input type="checkbox"/> À DOR <input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1  <input type="checkbox"/> TOTAL: 15	<input type="checkbox"/> ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input type="checkbox"/> CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS			

<b>E</b> <small>Exposição</small>	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

## SAMPLA

FC: 88 PA: 140/70 FR: 20 GLUC.: OXIM.: 96 TEMP.:

*nao tem infarto,*

*01*

## PREScriÇÃO MÉDICA

## CHECAGEM

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM: -

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Vítima é vítima de colisão moto / carro. Teve sangramento nasal, no momento acidente, orientado, apresenta concussão no esterno segundo suspeita de fratura óssea no nível da clavícula e ferma óssea anterior direita, sem nenhuma lesão óssea.

ASS. /COREN: *Anabela*

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: <i>11F entre</i>	<input type="checkbox"/> RECUSOU	<input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEROS	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	BOLETIM EMERG: _____
<input type="checkbox"/> LIBERADO				
<input type="checkbox"/> ÓBITO →	<input type="checkbox"/> NO LOCAL	<input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE		

PACIENTE ACOMPANHADO:  SIM  NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: \_\_\_\_\_ASS. DO RESPONSÁVEL: *11F entre Jcty Silve*

EM: / / às hs

## COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

## TERMO DE RECUSÃO

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

Rota FOJ19U12 - 136200 Referência 11/2019  
 Nome MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO  
 Endereço RUA STO AGOSTINHO, 00847, CANINDEZINHO, 60310-421,  
 FORTALEZA  
 Classificação Residencial Pleno Emissão 27/11/2019  
 Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL Medidor 2079794-FAE-006  
 Ligação Mono Fásico

## ÁREA RESERVADA AO FISCO

34R04002957A27ED941D1000102

## ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

## DATAS DE LEITURA P.F.: 20 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
07/11/2019	27/11/2019	27/12/2019

FED 10/11/2019 MET 20/11/2019 JUN 20/11/2019 JUL 20/11/2019 AGO 20/11/2019 SET 20/11/2019 OUT 20/11/2019 NOV 20/11/2019 DEZ 20/11/2019

## DADOS DA MEDIDA

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mais (kWh)	Consumo Ind. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Tarifa (R\$V/kWh)	Valor (R\$)
FP	5.029	4.875	1.00	154	89	154	0,72844	112,18

## DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC ADICIONAL BAND. VERNELHA CONSUMO MULTA	TARIFA	VALOR (R\$)
-	-	12,27
0,05727	-	8,82
0,72844	112,18	
-	0,94	

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,00	27,00	32,66
PIS	121,00	0,04	0,04
COFINS	121,00	0,30	0,35

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/12/2019	134,21

CPF/CNPJ 555.087.583-72

## CONSUMO CONSCIENTE

EMISSões DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

60,12	0,00	0,00%
-------	------	-------

## INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Vernelha : 08/11 - 27/11

Nº do Cliente: 40553899 Referência: 11/2019 V: [1.0.0.5]  
 Data de Emissão: 27/11/2019 Total a Pagar (R\$): 134,21 GBR - 1314262711  
 N° da Nota Fiscal: 040698235 N° de Controle: 100000770971

83890000001 3 34210031100 2 000770971075 00040553899 5





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL.  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019089172

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4248 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/12/2019 12:53:19**

Data / Hora da Ocorrência: **04/10/2019 21:10:00**

Endereço da Ocorrência: **AV CONTORNO NORTE C/ PENETRAÇÃO NORTE**

**SUL, CONJUNTO ESPERANCA - FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **HIAGO SALES FERREIRA**

Nascimento: **24/05/2000** CPF: **499.131.938-26**

RG: **20150251658** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO**

**FRANCISCO ERALDO FERREIRA**

Endereço: **RUA SANTO AGOSTINHO, 1000**

Bairro: **CANINDEZINHO**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYG8497** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:

**9C2KC08108R281239** Renavam: **986376949** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano:

Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**CINZA** Proprietário: **WESLEY MACHADO TEIXEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 04 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:10H, TRAFEGAVA PELA AVENIDA CONTORNO NORTE, NA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, DE PLACA HYG8497, QUANDO UM CARRO, CUJA PLACA NÃO INFORMA, NO MOMENTO, INVADIU A CONTRAMÃO, VINDO A COLIDIR LATERALMENTE NA MOTOCICLETA DESTE; QUE O MOTORISTA COLISOR PERMANECEU COM O DECLARANTE, PRESTANDO-LHE AUXILIO (ACIONANDO O SAMU E PRESTANDO OUTRAS PROVIDÊNCIAS); QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDA AO INSTITUTO JOSÉ FROTA; QUE SOFREU FRATURA DE FÉMUR. 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:**

**HIAGO SALES FERREIRA**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**X/00**

**MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7**

# 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: 4 - Nome completo da vítima:  
 1999.131.938-26 *Eliege Salles Ferreira*

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

5 - Nome completo: <i>Eliege Salles Ferreira</i>	6 - CPF: <i>4999131938-26</i>								
7 - Profissão: <i>Autonomo</i>	8 - Endereço: <i>Rua Santo Agostinho</i>	9 - Número: <i>847</i>	10 - Complemento: <i>Santalega</i>	11 - Bairro: <i>Camudejinho</i>	12 - Cidade: <i>Santalega</i>	13 - Estado: <i>CE</i>	14 - CEP: <i>60010-421</i>	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(85) 98701-6626</i>
9 - Número: <i>847</i>	10 - Complemento: <i>Santalega</i>								
11 - Bairro: <i>Camudejinho</i>	12 - Cidade: <i>Santalega</i>	13 - Estado: <i>CE</i>	14 - CEP: <i>60010-421</i>	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(85) 98701-6626</i>				
13 - Estado: <i>CE</i>	14 - CEP: <i>60010-421</i>								
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(85) 98701-6626</i>								

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUZO INFORMAR  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: *PS 63*  CONTA: *136 582 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 (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deuou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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  
 Seguradora  
 Líder  
 Sistema  
 de  
 Gestão  
 da  
 Qualidade  
 e  
 da  
 Inovação  
 e  
 Desenvolvimento  
 Continuado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Santalega, 26 de Dezembro 2020*

*Vinícius Sales Ferreira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

# 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: 4 - Nome completo da vítima:  
 1999.131.938-26 *Eliege Salles Ferreira*

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

5 - Nome completo: <i>Eliege Salles Ferreira</i>	6 - CPF: <i>4999131938-26</i>		
7 - Profissão: <i>Autonomo</i>	8 - Endereço: <i>Rua Santo Agostinho</i>	9 - Número: <i>847</i>	10 - Complemento: <i>Santalega</i>
11 - Bairro: <i>Camudejinho</i>	12 - Cidade: <i>Santalega</i>	13 - Estado: <i>CE</i>	14 - CEP: <i>60010-421</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(85) 98701-6626</i>		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUZO INFORMAR  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: *PS 63*  CONTA: *136 582 3*  (Informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deuou Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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  
NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Santalega, 26 de Dezembro 2020*  
*VINÍCIUS S. S. FERREIRA*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200026717      Vítima: HIAGO SALES FERREIRA**

**Data do Acidente: 04/10/2019      Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HIAGO SALES FERREIRA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: HIAGO SALES FERREIRA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001563**

**Conta: 00000136582-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

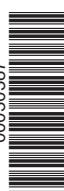
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200026717**

**Vítima: HIAGO SALES FERREIRA**

**Data do Acidente: 04/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), HIAGO SALES FERREIRA**

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: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: HIAGO SALES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000136582-3

---

Nr. da Autenticação E616C2B0C4218B06

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200026717 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: HIAGO SALES FERREIRA Data do acidente: 04/10/2019 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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

Data da análise: 23/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. (PÁG.2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 LEVE DO QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200026717      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HIAGO SALES FERREIRA      **Data do acidente:** 04/10/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 22/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. (PÁG.2)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>