

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 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 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 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 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

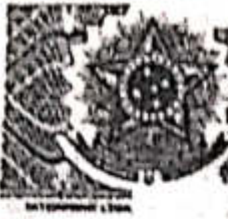
Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: HIAGO SALES FERREIRA
CPF: 499.131.938-26

HIAGO SALES FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALANA DA SILVA DE MATOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1844756367

NOME
HIAGO SALES FERREIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20150251658 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
499.131.938-26 24/05/2000

FILIAÇÃO
FRANCISCO ERALDO
FERREIRA
MARIA FELIX SALES DO
NASCIMENTO

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
ACC

CATIAE
CATIAE

Nº REGISTRO
07310755400

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 Vasconcelos 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: Município: FORTALEZA
 CEP 60731-010 Bairro: CANINDEZINHO
 Endereço: R. SANTO AGOSTINHO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JOCELENE 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.:
 Elxo: OBSERVAÇÃO 1
 Hipótese Diagnóstico: FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:
 PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTXCARRO COM TRAUMA EM OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 05/10/2019 03:37

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

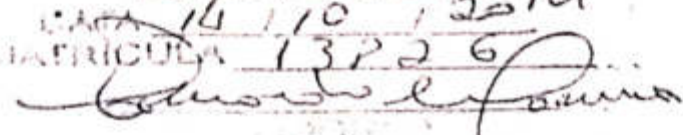

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
04/10/201 23:33	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	FRATURA FEMUR? DOR INTENSA	AMARELO	JOCELENE DE MESQUITA SILVEIRA

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.

PROTOCOLO - 137
 DATA 14/10/2019
 SISTEMA SUS
 DATA 14/10/2019
 MATRÍCULA 13226



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.

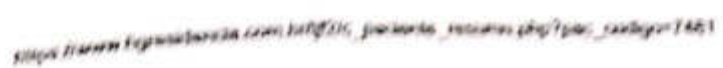
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO





Data: 30, 10, 19

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: HÍAGO SALES FERREIRA

Idade: 19 ano(s) 4 mes(es) e 17 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5638667

Endereço: R. SANTO AGOSTINHO

Bairro: CANINDEZINHO

Num: 1000 CEP: 60731-010

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clínica: UNIDADE 13

Enfermaria: 133

Leito: 1319

Internação 05/10/2019

17:11

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

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

REGIÃO 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



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-962361/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 11513 13	PONTO DE APOIO: plicap	Nº DA OCORRÊNCIA: 1174
DATA: 04/10/2019	TURNO: noite	EQUIPE: Weller
NOME: WILSON SALES FERREIRA	IDADE: 13	SEXO: MASC.
ENDEREÇO: R. Antônio Nery 1544 - J. São José	BAIRRO: J. São José	
REFERÊNCIA:		
QTY: 21 40	QUS: 22-10	QUY: 23-10
QUU: 23-42		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: acidente de trânsito		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

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

B Respiração	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: _____

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

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

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

SAMPLA

FC: 88	PA: 140/40	FR: 20	GLUC: _____	OXIM: 96	TEMP.: _____
--------	------------	--------	-------------	----------	--------------

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUT: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUR: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM: -

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

1ª vítima de colisão moto / carro. Tinha sincope, uso de respirador, no momento glute, orientado, aparente consciência na esteira quando Suspeito de fratura de clavícula no lado da fêmur e fêmur oxiado den, estoma que similitude para.

ASS. / COREN: Ambulância

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE: 1ª e 2ª

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: 1 / 1 às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: 1 / 1

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

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

ASSINATURA:

sempre que tiver a seguinte estrutura:

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 040698235

Rota F0J19U12 - 136200 Referência 11/2019

Nome MARIA FELIX SALES DO NASCIMENTO

Endereço RU STO AGOSTINHO, 00847, CANINDEZINHO, 60310-421, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 27/11/2019

Medidor 2079794-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO 34F034002395E7A2FEED941D1000F102

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 20 dias

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

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mens (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	5.029	4.875	1.00	154	00	154	0,72844	112,18

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	12,27
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05727	8,82
CONSUMO	0,72844	112,18
MULTA	-	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 05/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 134,21

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 60,12

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (kg CO₂/kg) 0,00%

INFORMANTES AO CLIENTE

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

N° do Cliente: 40553899 Referência: 11/2019 V: [1.0.0.5]

Data de Emissão: 27/11/2019 Total a Pagar (R\$): 134,21 QR - 1316262711

N° da Nota Fiscal: 040698235 N° de Controle: 100000770971

838900000013 34210031100 2 00077097107 5 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 2019889172



BOLETIM DE Ocorrência Nº 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** UF: **CE**
RG: **20150251658** Orgão Emissor: **SSP**
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 TITAM KS, DE PLACA HYG8497, QUANDO UM CARRO, CUJA PLACA NÃO INFORMA, NO MOMENTO, INVADIU A CONTRAMÃO, VINDO A COLIDIR LATERALMENTE NA MOTOCICLETA DESTES; 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 FÊMUR. 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) : 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:

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) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 9563 CONTA: 936 582 3 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivas)? ☐ 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 a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 26 de Dezembro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: ☒ 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) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 9563 CONTA: 936 582 3 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivas)? ☐ 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 a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 26 de Dezembro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 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

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 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50