

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**@-SAJ** 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 **WEB1.20.01405051-0** em **25/08/2020 11:29:05**.
- 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** : 0236146-16.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01405051-0  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 25/08/2020 11:29:05

### 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\*** : 2745799\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2745799\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-37.pdf

### Downloads

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

---

**Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200082668**

**Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCO EVERARDO 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, 20 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200082668**

**Vítima: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



# 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: 40861392353 4 - Nome completo da vítima: Francisco Eduardo 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: Francisco Eduardo da Silva 6 - CPF: 40861392353  
7 - Profissão: Motorista TAXI 8 - Endereço: R. Einstein 9 - Número: 1264 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vila Peri 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60730-145  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 98614-3425

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 29134 6  
(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 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

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 (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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 15/10/19

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: ☒ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

408 613 923-53 Francisco Everardo 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):

Francisco Everardo da Silva 408.613.923-53 Moto-taxi R. Einstein 1264 60.730-145 Vila Peri Fortaleza CE (85) 9 8600-5797

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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1563 CONTA: 29134 6 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, para os fins de direito, 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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Cóp) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido

37 - (\*) Assinatura da quem assina a rogo/s pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza 01-11-19  
Francisco Everardo da Silva



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 408 613 923-53 4 - Nome completo da vítima: Francisco Everardo da Silva

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

5 - Nome completo: Francisco Everardo da Silva 6 - CPF: 408 613 923-53  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. Einstein 9 - Número: 1264 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vila Peri 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60 730 145  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 98600-5797

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 29134 6 AGÊNCIA: CONTA:   
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão  
original da  
assinatura  
do beneficiário  
não autenticada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x Francisco Everardo da Silva

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: **408.613.923-53** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco Everardo da Silva**

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

5 - Nome completo: **Francisco Everardo da Silva** 6 - CPF: **408.613.923-53**  
7 - Profissão: **Moto-taxi** 8 - Endereço: **R. Einstein** 9 - Número: **1264** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **Vila Peri** 12 - Cidade: **Fortaleza** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60.730-145**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **(85) 98600-5797**

**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\$1.000,00 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)

AGÊNCIA: **1563** CONTA: **29134** **6**  
(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.

**21 - 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 (assinale 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**

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão  
original da  
vítima ou  
beneficiário  
não autorizada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*x Francisco Volker da Silva*

TESTEMUNHAS



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019655668



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3137 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE SAO JOSE - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**  
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**  
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**  
**MANUEL CLARINDO DA SILVA**  
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797**  
Bairro: **VILA PERI**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR587363** Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. /////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

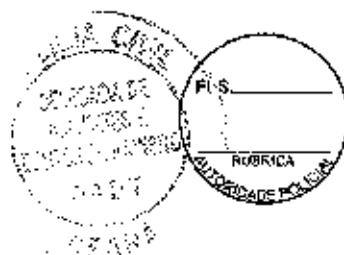
**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3137 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE  
SAO JOSE - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**  
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**  
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**  
**MANUEL CLARINDO DA SILVA**  
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797)**  
Bairro: **VILA PERI**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2KC1680FR587363** Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano  
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. /////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5**

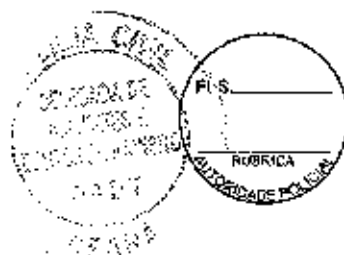
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2019655668



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3137 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 14:10:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **09/12/2018 03:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R ANTONIO COSTA MENDES, 1560, PARQUE  
SAO JOSE - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **OSÓRIO DE PAIVA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**  
Nascimento: **02/03/1966** CPF: **408.613.923-53**  
RG: **20073140737** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA PIRES DA SILVA**  
**MANUEL CLARINDO DA SILVA**  
Endereço: **RUA EINSTEIN, 1264 CEL:(85) 98600-5797)**  
Bairro: **VILA PERI**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.730-145**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMG0645** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2KC1680FR587363** Renavam: **1056525360** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano  
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **AMARELO** Proprietário: **FRANCISCO EVERARDO DA SILVA**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa PMG0645 (acima descrita), quando perdeu o controle do veículo e veio a tombar ao solo, no que se lesionou; QUE, foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); E nada mais disse. /////Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 408 613 923-53 4 - Nome completo da vítima: Francisco Everardo 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: Francisco Everardo da Silva 6 - CPF: 408.613.923-53  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. Einstein 9 - Número: 1264 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vila Peri 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.730-145  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 9 8600-5797

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: 1563 ☐ CONTA: 29134 ☐ 6 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado) (Informar o dígito ao lado)

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, para os fins de direito, 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 (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

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

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se o vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/s pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Fortaleza 01-11-19  
Francisco Everardo da Silva

TESTEMUNHAS



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 408 613 923-53 4 - Nome completo da vítima: Francisco Everardo da Silva

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

5 - Nome completo: Francisco Everardo da Silva 6 - CPF: 408 613 923-53  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. Einstein 9 - Número: 1264 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vila Peri 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60 730 145  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 9 8600-5797

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 29134 6 AGÊNCIA: CONTA:   
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte 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 (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão  
original da  
assinatura  
do beneficiário  
não autografado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x Francisco Everardo da Silva

TESTEMUNHAS

# 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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

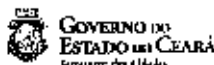
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000029134-6

---

Nr. da Autenticação 2AB74D16613F6DDC

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
End. Leitura: RUA EINSTEIN, 1264, VILA PERI  
Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.730-145

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 028

Quadra: 0182

Lote: 0414

Cont: 0000

Subsetor:

Subquadra:

**ECONOMIAS**

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen <sup>m3</sup>	Média Semestral (m <sup>3</sup> )
ÁGUA	A18N053413	258	274	18	19

**DATAS**

Leitura Atual: 08/10/2019

Sanção: 28/10/2019

Lacre Água: 318982

Leitura Anterior: 19/09/2019

Próxima Leitura: 11/11/2019

Lacre Bueiro:

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	528	528	128	528	528
Analisadas	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 29 m3 | META: 23 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	68,09	OUT/2018	9	0
ESGOTO	47,58	NOV/2018	9	0
MULTA DE 2%	2,13	DEZ/2018	8	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,14	JAN/2019	7	0
ACRESC.IMPONT.ÁGUA	0,02	FEV/2019	22	0
TARIFA CONTINGÊNCIA		MAR/2019	17	0
		ABR/2019	14	0
		MAI/2019	14	0
		JUN/2019	27	21
		JUL/2019	21	16
		AGO/2019	17	13
		SET/2019	21	15

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

Descrição	Valor (R\$)	Subsídio	Valor (R\$)
PIS	1,13	VALOR DO SERVIÇO	133,61
COFINS	9,63	VALOR DO SUBSÍDIO	16,96
		VALOR TOTAL A PAGAR	117,96

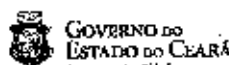
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2019	01/11/2019	117,96



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme mudanças das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3105.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPQR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 335 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0039.

**DADOS DO CLIENTE**

Inscrição: 0003298574

Código do Responsável:

Mês/Ano: 10/2019

Local: 001

Setor: 28

Quadra: 0182

Lote: 0414

Cont: 0000

Subsetor:

Subquadra:

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 01/11/2019

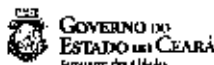
Total (R\$): 117,96

82670000001-9 17960009700-2 00329857401-7 00074731045-6



EMISSION: GESSE 28/10/2019 11:07:13





## DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
End. Leitura: RUA EINSTEIN, 1264, VILA PERI  
Cidade: FORTALEZA

CEP: 60.730-145

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Lote: 001 Setor: 028 Quadra: 0182 Lote: 0414 Cont: 0000  
Subsetor: Subquadra:

## ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen <sup>m3</sup>	Média Semestral (m <sup>3</sup> )
ÁGUA	A18N053413	258	274	18	19

## DATAS

Leitura Atual: 08/10/2019 Sanção: 28/10/2019 Leito Água: 318982  
Leitura Anterior: 19/09/2019 Próxima Leitura: 11/11/2019 Leito Esgoto:

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	528	528	128	528	528
Analisadas	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 29 m3 | META: 23 m3.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	68,09	M3/mês	Água (m³)	Esgoto (m³)
ESGOTO	47,58	OUT/2018	9	0
MULTA DE 2%	1,13	NOV/2018	9	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,14	DEZ/2018	8	0
ACRESC.IMPONT.ÁGUA	0,02	JAN/2019	7	0
TARIFA CONTINGÊNCIA		FEV/2019	22	0
		MAR/2019	17	0
		ABR/2019	14	0
		MAI/2019	14	0
		JUN/2019	27	21
		JUL/2019	21	16
		AGO/2019	17	13
		SET/2019	21	15

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Subsídio	Valor (R\$)
PIS	1,13	Descrição	Valor (R\$)
COFINS	9,63	VALOR DO SERVIÇO	133,81
		VALOR DO SUBSÍDIO	16,86
		VALOR TOTAL A PAGAR	117,96

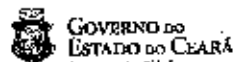
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
10/2019	01/11/2019	117,96



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme mudanças das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria Cagece: 3105.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br)

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 335 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados ao Estado do Ceará: 0800 275 3838.



## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0003298574 Cópia do Responsável: Mês/Ano: 10/2019

Lote: 001 Setor: 28 Quadra: 0182 Lote: 0414 Cont: 0000  
Subsetor: Subquadra:

Cidade: FORTALEZA Vencimento: 01/11/2019 Total (R\$): 117,96

82670000001-9 17960009700-2 00329857401-7 00074731045-6



EMISSÃO: GESSE 28/10/2019 11:07:13



## DECLARAÇÃO



SAMU  
**192**

Atendimento Móvel de Urgência


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Everardo da Silva** - C.P.F. **408.613.923-53**, no dia **09/12/2018**, às **05h10min**, na **Rua Antonio Costa Mendes**, no **Bairro Parque São José**, 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 **P558099/2019**.

Fortaleza, 18 fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45651-1

**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



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Recebida corrente, avaliação física, verificação de SSVU.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

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: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

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: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde

P-558099/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 87	PONTO DE APOIO: DVO	Nº DA OCORRÊNCIA: 0122
DATA: 09/12/18	TURNO: SN	EQUIPE:
NOME: Fc Everardo da Silva	IDADE: 52	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Antônio Costa Mendes 1560		
REFERÊNCIA: Oposto de Pano / Siquiera	BARRIO: Pq São José	
QTY: 4:45	QUS: 5:10	QUY: 5:40
QUZ:		
NATURIZA DA OCORRÊNCIA: Queda de moto		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORTEOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO LOCAL:	<input checked="" type="checkbox"/> CORDA <input type="checkbox"/> PALIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input checked="" type="checkbox"/> SUBDREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg

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

D Consciência	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> À VOZ <input type="checkbox"/> À DOR <input type="checkbox"/> PERMUDA TOTAL: 4	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO (A) / SONHO (P) <input checked="" type="checkbox"/> CONFUSO (A) / ACHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / AGENTE (P) <input type="checkbox"/> NENHUMA	<input checked="" type="checkbox"/> OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> NENHUMA

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
☐ ALTERADAS

E Exame físico	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Pele com luxação de ombro direito.	

## SAMPLA

SC: 70	PA: 120/80	FR: 18	GLC:	OXIM: 99	TEMP:
Paciente vítima de queda de moto com luxação no ombro direito.					
Mecanismo: abalo e contusões.					

OXY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUZ: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUS: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE



**Prefeitura de  
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

**SUS**

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE <b>FRANCISCO EVERARDO DA SILVA</b>		CPF <b>361805</b>	R# 2581 <b>249784</b>	
NOME MÃE <b>MARIA PIRES DA SILVA</b>		IDADE <b>02/03/1966 (52 ANOS)</b>	RACIA <b>PARDO</b>	
ENDEREÇO <b>RUA ANTÔNIO COSTA MENDES 1386 VILA PERI</b>		CIDADE <b>FORTALEZA</b>	UF <b>CE</b>	
CEP <b>60.730-175</b>				
OCORRÊNCIA				
LOCAL DO CASO (INFORMAR O LOCAL DO CASO)				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
TIPO DE RISCO <b>MEMBRO DESLOCADO DIREITO TRAZIDO PELO SAMU USB-87</b>		NÍVEL DE RISCO <b>DESLOCAMENTO DE MEMBRO</b>		
SINTOMAS <b>NI</b>		ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>		
FEITO <b>NI KO</b>	PROBLEMA PRINCIPAL <b>NI NI</b>	EXAME <b>NI NI</b>	ALTO <b>NI</b>	QUANTIDADE <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ADRENAL <b>NI NI</b>	RESPONSÁVEL PELABOMBAÇÃO <b>MARIA HELENA MOREIRA DA ROCHA</b>		DATA E HORA DO REGISTRO <b>09/12/2016 09:35:48</b>
CLASSIFICAÇÃO <b>VERDE</b>	ÁREA DE ATENDIMENTO <b>TRAUMATOLOGIA</b>			
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE				
<p><i>francisco do alho</i></p> <p><i>30309022</i></p>				
DIAGNÓSTICO				
<input checked="" type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRÂNIO <input type="checkbox"/> RAX <input type="checkbox"/> OUTROS				
PRESCRIÇÃO E CUIDADO				
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<p><i>francisco do alho</i></p> <p><i>Profilaxia</i></p>		<p><i>06/10</i></p>		
TIPO DE ALTA/BAIXA				
<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS				
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL.				
DATA E HORA DO REGISTRO				

Impresso por: maria helena moreira da rocha em: 09/12/2016 às 08:38:53

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 239 do Código Penal.

*Francisco Everardo da Silva*

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA  
ATESTADO DE Cópia conforme original

*[Assinatura]*

Dados do Paciente:

Nome: Felipe Gerardo Silva  
 Idade: 53 Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Telefone: 98.600.57.97  
 Endereço: Rua São João, 500 - 1264  
 Bairro: Vila Frei Cidade: Porto Alegre  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: [assinatura] Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

Procedimento:

☒ Cirurgia ☐ Imobilização ☐ Fiação

Especialidade do Tratamento:

☒ Fisioterapia ☐ Terapia Ocupacional ☐ Serviço Social

Dias de Tratamento:

☐ 2ª e 4ª ☐ 3ª e 5ª ☒ Outros: segunda, quarta, sexta ☐ 2ª, 4ª e 6ª

☐ Toda semana

Tratamento:

Fisioterapia: eletroneurologia  
exercícios de fortalecimento  
hidroterapia

Terapia Ocupacional:

\_\_\_\_\_

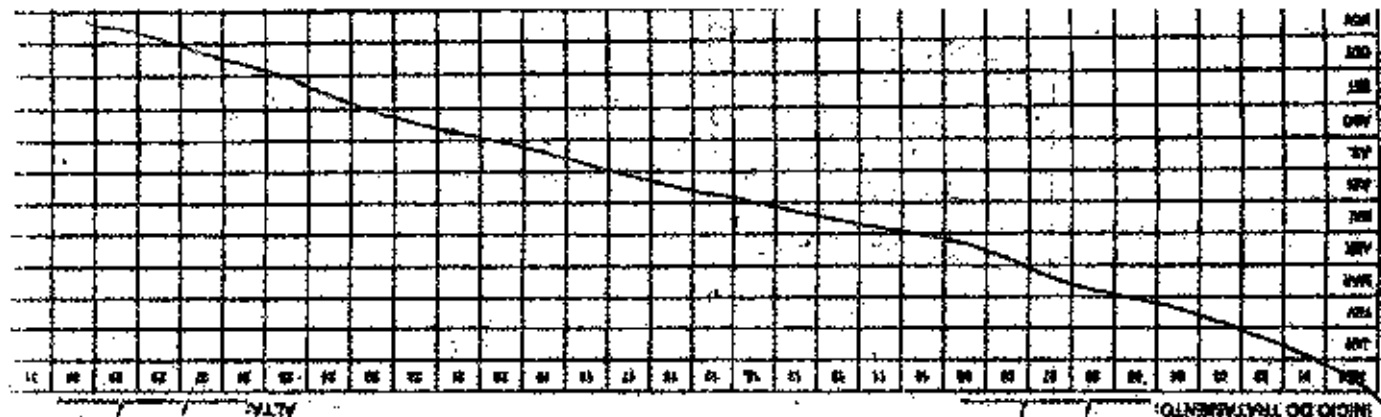
[assinatura]  
 Assinatura do Profissional Responsável



FISIOTERAPIA

TER. OCUPACIONAL

DATA DO TRATAMENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10/01/2013																															
11/01/2013																															
12/01/2013																															
13/01/2013																															
14/01/2013																															
15/01/2013																															
16/01/2013																															
17/01/2013																															
18/01/2013																															
19/01/2013																															
20/01/2013																															
21/01/2013																															
22/01/2013																															
23/01/2013																															
24/01/2013																															
25/01/2013																															
26/01/2013																															
27/01/2013																															
28/01/2013																															
29/01/2013																															
30/01/2013																															
31/01/2013																															





**RECETTA**

John J. Wanda  
The

Parte final de  
 Juan Luis de  
 Ovando incluye b

na fragen wir nicht  
Auf der Luft  
da + wenn + so

Dr. Victor Monte Tenório  
Cirurgião de Quadril  
CRM CE 11987 TEOT 19804

DATA 28-09-19

**CRM - Medicina (B)**

RECEITA

F Cº Grande

h

ver

0

Alond 500

10/10

10/10

o. y.

DATA: 17/11/17



CSMF-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretidg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

RECETTA

Flu. Evendo de S. F.

Fluor. bora + can  
aiof. vauzhl  
psid

T. f. f. a. i. d.  
S. b. d. o. t.

DATA: 28/12/18



CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 3131-1322 EMAIL: secret@hdmjb0@sms.fortaleza.ce.gov.br



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Francisco Everardo da Silva  
encontra-se de ALTA do tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão do  
ligamento do joelho O, tendo iniciado seu tratamento em 04/02/2011 até o dia 04/09/2013

Fortaleza, 04/09/2013

Carla Leon Evangelista Vieira

Físio (a) Luis Evangelista  
Fisioterapeuta  
CRF 1070-6/2010

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) F<sup>to</sup> Everardo da Silva  
está em tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão de ligamento do joelho  
sendo iniciado seu tratamento em 04/02/2019 prosseguindo até a presente data.

Fortaleza, 07/02/2019

Carla Lúcia Evangelista Vasquez

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

Assinatura e carimbo do  
Fisioterapeuta  
CRM: 110.511/2019



☰

Buscar no site

- ☰
- A COMPANHIA ▾

SEGURO DPVAT ▾

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾

SALA DE IMPRENSA ▾

TRABALHE CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: PMG0645 UF: CE CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2019	R\$84,58	Quitado	
-	2018	R\$185,50	Quitado	

Data Pagamento	Valor Pago
03/07/2018	R\$185,50

+	2017	R\$185,50	Quitado	
+	2016	R\$292,01	Quitado	
+	2015	R\$148,09	Quitado	

(\*) Motocicleta

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

ACESSIBILIDADE



RECETTA

Flac Evandro da Silva

Fluor. base + am.  
ap. 1/2 comprimido  
3x ao dia

12/12/18  
S. Barroso



DATA: 12/12/18

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 3131-1322 EMAIL: secret@hdmjb0@sms.fortaleza.ce.gov.br



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE ALTA

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) Francisco Everardo da Silva  
encontra-se de ALTA do tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão do  
ligamento do joelho O, tendo iniciado seu tratamento em 04/02/2011 até o dia 04/09/2013

Fortaleza, 04/09/2013

Carla Leon Evangelista Vieira

Físio (a) Luis Evangelista  
Fisioterapeuta  
CRF 1070-6/2010

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA - DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) sr(a) F<sup>to</sup> Everardo da Silva  
está em tratamento fisioterapêutico nesta instituição hospitalar, com o diagnóstico de lesão de ligamento do joelho  
sendo iniciado seu tratamento em 04/02/2019 prosseguindo até a presente data.

Fortaleza, 07/02/2019

Carla Lúcia Evangelista Vaz

Assinatura e carimbo do fisioterapeuta

Ass. Lúcia Evangelista Vaz  
Fisioterapeuta  
CRM: 10.511/2019



## DECLARAÇÃO



SAMU  
**192**

Atendimento Móvel de Urgência


Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Everardo da Silva** - C.P.F. **408.613.923-53**, no dia **09/12/2018**, às **05h10min**, na **Rua Antonio Costa Mendes**, no **Bairro Parque São José**, 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 **P558099/2019**.

Fortaleza, 18 fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45651-1

**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



ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Recebida corrente, avaliação física, verificação de SSVU.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

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: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

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: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de  
Fortaleza  
Secretaria Municipal de Saúde

P-558099/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 87	PONTO DE APOIO: DVO	Nº DA OCORRÊNCIA: 0122
DATA: 09/12/18	TURNO: SN	EQUIPE:
NOME: Fc Everardo da Silva	IDADE: 52	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Antônio Costa Mendes 1560		
REFERÊNCIA: Oposto de Pano / Siquiera	BARRIO: Pq São José	
QTY: 4:45	QUS: 5:10	QUY: 5:40
QUZ:		
NATURIZA DA OCORRÊNCIA: Queda de moto		

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

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 checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA

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

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

D Nível de consciência	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> À VOZ <input type="checkbox"/> À DOR <input type="checkbox"/> PERMUDA TOTAL: 4	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO (A) / SONH (P) <input checked="" type="checkbox"/> CONFUSO (A) / ACHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / AGENTE (P) <input type="checkbox"/> NENHUMA	<input checked="" type="checkbox"/> OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> NENHUMA

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
☐ ALTERADAS

E Exame físico	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Pts com luxação de ombro direito.	

## SAMPLA

SO: 70	PA: 120/80	FR: 18	GLC:	OXIM: 99	TEMP:
Pts vitais de queda de moto com luxação no ombro direito.					
Mgca abrgas e comorbidades.					

DTM: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUZ: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUS: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE





**Prefeitura de  
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

**SUS**

### REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE <b>FRANCISCO EVERARDO DA SILVA</b>		CPF <b>361805</b>	R# 2581 <b>249784</b>	
NOME DA MÃE <b>MARIA PIRES DA SILVA</b>		IDADE <b>02/03/1966 (52 ANOS)</b>	RACIA <b>PARDO</b>	
ENDEREÇO <b>RUA ANTÔNIO COSTA MENDES 1386 VILA PERI</b>		CIDADE <b>FORTALEZA</b>	UF <b>CE</b>	
CEP <b>60.730-175</b>				
OCCORRÊNCIA				
LOCAL DO CASO (INFORMAR O LOCAL DO CASO)				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
TIPO DE RISCO <b>MEMBRO DESLOCADO DIREITO TRAZIDO PELO SAMU USB-87</b>		NÍVEL DE RISCO <b>DESLOCAMENTO DE MEMBRO</b>		
SINTOMAS <b>NI</b>		ESCALA DE DOR <b>98 (ADULTO)</b>		
FEITO <b>NI KO</b>	PROBLEMA PRINCIPAL <b>NI NI</b>	EXAME <b>NI NI</b>	ALTO <b>NI</b>	QUANTIDADE <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ADRENAL <b>NI NI</b>	RESPONSÁVEL PELABOMBAÇÃO <b>MARIA HELENTA MOREIRA DA ROCHA</b>		DATA E HORA DO REGISTRO <b>09/12/2016 09:35:48</b>
CLASSIFICAÇÃO <b>VERDE</b>	ÁREA DE ATENDIMENTO <b>TRAUMATOLOGIA</b>			
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE				
<p><i>francisco do alho</i></p> <p><i>30309022</i></p>				
DIAGNÓSTICO				
<p>( ) RC ( ) EV ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAX-X ( ) OUTROS</p>				
PRESCRIÇÃO E CUIDADO				
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<p><i>francisco do alho</i></p> <p><i>Profilaxia</i></p>		<p><i>06/10</i></p>		
TIPO DE ALTA/BAIXA				
<p>( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS</p>				
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMILIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL.				
DATA E HORA DO REGISTRO				

Impresso por: maria helena moreira da rocha em: 09/12/2016 às 08:38:53

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 239 do Código Penal.

*Francisco Everardo da Silva*

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA  
ATESTADO DE CÓPIA COM VERIFICAÇÃO DE ASSINATURA

*[Assinatura]*





RECEITA

F Cº Grande

h

ver

0

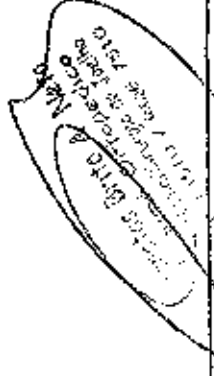
Alond 500

10/10

10/10

o. y.

DATA: 17/11/17



CSMF-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

[illegible]

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 015039793913  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1056525360 0000000000 2019

GOB. RENAVAL 0000000000 2019

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
FORTALEZA /CE

PLACA ANT LUF 40861392353  
PLACA PMG0645/CE

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. CHASSI 9C2KC1680FR587363

HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

2P/DCV/149CC ALUGUEL AMARELO

P V A COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ISENTO 2º CONF 3º CERT

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 08/07/2019

FORTEALEZA LOCAL 20/07/2019

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

CE Nº 015039793913 BILHETE DE SEGURO DPVAT

40861392353 PMG0645 /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 77958735163

VIA 1 40861392353 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/07/2019

RENAVAL 1056525360 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2015 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC1680FR587363

PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO DO SEGURO (R\$) 84.58

SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: KC16E0F587363



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

RETRAT. CE Nº 015039793913

IDENTIFICAÇÃO DE SEGURO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 1 18/05/2010 Nº 000000000 2813

IDENTIDADE E EXERCÍCIO DA ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

CE Nº 015039793913 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DATA 1 18/05/2010 Nº 000000000 2813

IDENTIDADE E EXERCÍCIO DA ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

EXERCÍCIO DE ATIVIDADE



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200082668  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Everardo da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Einstein, 1264  
Vila Peri Fortaleza CE CEP: 60730-145  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20073140737  
Data local do acidente: [ 09/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 02/03/2020 ] FORTALEZA [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA - LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SEM**  
**Data da Alta: 17/02/2020**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**HIPOTROFIA MUSCULAR E BLOQUEIO LEVE DE ABDUÇÃO, DE ROTAÇÃO E DE ADUÇÃO E MODERADO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO OMBRO**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><b>OMBRO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Greive Freitas Cavalcante**  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050





R

Relatório Médico

Relato, para o devido fim, junto ao DPVAT, que o Sr. Francisco Evaristo da Silva, 53a, infirmo que sofreu acidente de trânsito, em 09.12.18, e teve lesões-laceração de ombro D, e submeteu-se a tratamento conservador, com imobilização com tórnia e fisioterapia; recebeu alta definitiva em 04.09.19, com as seguintes sequelas: hipotrofia muscular do ombro e braço DD, e déficit de força muscular do ombro e do MSD; bloqueio dos movimentos de elevação e extensão do MSD; bloqueio de rotação do ombro D; grau comprometimento funcional do ombro D em 60% de MSD em 40%.

Fortaleza,

14/01/9

Adroaldo Silveira Aragão

MÉDICO

CRM/CE 160º Dr. Adroaldo Silveira Aragão

CRM 1600 - CPF 049448603-15

057/x12

## CONSULTÓRIO:

Rua Tibúrcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará

Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552

CEP: 60125-100

E-mail: adroaldoaragao@hotmail.com

Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200082668 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA - LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO

**Descrição do exame físico:** HIPOTROFIA MUSCULAR E BLOQUEIO LEVE DE ABDUÇÃO, DE ROTAÇÃO E DE ADUÇÃO E MODERADO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO OMBRO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES  
DATA DA ALTA: 17/02/2020

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200082668 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 20/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** &@1 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031241/20

**Vítima:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

**CPF:** 408.613.923-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 09/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53**

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: 22/01/2020  
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
CPF: 408.613.923-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338806/19

**Vítima:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

**CPF:** 408.613.923-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 09/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53**

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: 01/10/2019  
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
CPF: 408.613.923-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019  
Nome: OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO  
CPF: 858.671.443-72

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359445/19

**Vítima:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

**CPF:** 408.613.923-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 09/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53**

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: 15/10/2019  
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
CPF: 408.613.923-53

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019  
Nome: OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO  
CPF: 858.671.443-72

OLGA ELIANISE LESSA TERCEIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066701/20

**Vítima:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

**CPF:** 408.613.923-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 09/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53**

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: 19/02/2020  
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
CPF: 408.613.923-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383755/19

**Vítima:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

**CPF:** 408.613.923-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 09/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EVERARDO DA SILVA : 408.613.923-53**

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: 01/11/2019  
Nome: FRANCISCO EVERARDO DA SILVA  
CPF: 408.613.923-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO EVERARDO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva