

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:

051.255.873-62

Juanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Juanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

510

10 - Complemento:

11 - Bairro:

agua preta

12 - Cidade:

Sururu

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

85.98617-4213

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)

☐ Bancodo Brasil(001)

☒ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1047

CONTA:

32649

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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(vainser)?

☐ 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/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:

Castelão - PE - 15/01/2020

Juanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **10/01/2020 09:25:05**  
Data / Hora da Ocorrência: **13/11/2019 12:15:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV ANASTACIO BRAGA - ITAPIPOCA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**  
Nascimento: **06/12/1995** CPF:  
RG : Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**  
**IVANILDO RODRIGUES DE SOUSA**  
Endereço: **SITIO MADAMENAS**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **TURURU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**  
Nascimento: **29/07/1975** CPF: **802.992.023-72**  
RG: **2006098047868** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **FRANCISCA ASSIS FREITAS**  
**JOÃO FREITAS FILHO**  
Endereço: **RUA LOCALIDADE DE MADALENA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **TURURU/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99428-9302**

**Histórico**

Narra a noticiante que na data, hora e local mencionados, seu filho IVANDERSON FREITAS DE SOUSA, sofreu um acidente no percurso do trabalho para casa; QUE IVANDERSON estava pilotando a motocicleta de PLACA PMB7606, de sua propriedade quando um carro de placa PNK-2206, colidiu com ele; QUE o condutor do carro foi identificado como sendo ARMANDO CORDEIRO DE FARIAS; QUE o acidente foi atendido pela AMTI; QUE IVANDERSON foi levado para o Hospital São Camilo (prontuário 239120) e imediatamente transferido para o IJF em Fortaleza, onde foi internado; QUE IVANDERSON, ficou com uma grave lesão no olho esquerdo e não tem total consciência da realidade, fratura na face e braço; QUE como o quadro de IVANDERSON ainda não está definido; QUE IVANDERSON é funcionário da ENEL estava saindo do trabalho quando aconteceu o acidente; QUE nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Francisca Iracilda Freitas de Sousa

Pág. 1 de 2



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA  
Impresso nº 202027705



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020**

**CHARLENY MATIAS BRAGA PESSOA - MAT.: 3011938x**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Francisca Inacilda Freitas de Sousa

**VISTO DO DELEGADO(A) :** \_\_\_\_\_

**FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375**

  
CHARLENY M. BRAGA PESSOA  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
MAT. 301.193.8.X



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA**  
**AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO DE ITAPIPOCA**

**CERTIDÃO Nº 065/2019**

O Sr. Agenor Carneiro Costa, Presidente da Autarquia Municipal de Trânsito de Itapipoca, no uso de suas atribuições legais, certifica o requerimento da parte interessada, que foi confeccionado o Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito – BOAT, acerca de um acidente ocorrido na **Av. Anastácio Braga (defronte o Cemitério Jardim Eterno)**, no município de Itapipoca/CE, no dia **13/11/2019** às **12:15** no seguinte teor:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Natureza do Acidente     | <b>COLISÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                  |
| V1<br>Veículo e Condutor | Condutor(a): <b>ARMANDO CORDEIRO DE FARIAS</b><br>CNH/PRONT: <b>1226605463</b> CAT: <b>B</b> UF: <b>CE</b><br>Marca/Modelo: <b>TOYOTA/ HILUX</b> Espécie: <b>ESPECIAL</b><br>Tipo: <b>CAMINHONETE</b> Placa: <b>PNK-2206</b> Cor: <b>BRANCA</b> |
| V2<br>Veículo e Condutor | Condutor(a): <b>IVANDERSON FREITAS SOUSA</b><br>CNH/PRONT: <b>Não informado</b> CAT: <b></b> UF: <b></b><br>Marca/Modelo: <b>HONDA/ NXR300</b> Espécie: <b>PASSAGEIRO</b><br>Tipo: <b>MOTOCICLETA</b> Placa: <b>PMB-7606</b> Cor: <b>BRANCA</b> |

**DESCRIÇÃO DO SINISTRO COLHIDO PELO AOFT**

No dia supracitado, ocorreu uma colisão lateral envolvendo os veículos 01 e 02. Segundo informações de populares, o condutor do veículo 02 trafegava na Av. Anastácio Braga – sentido Oeste/ Leste, quando foi surpreendido pelo veículo 01 que trafegava no sentido Leste/ Oeste, vindo a fazer uma conversão à esquerda no sentido Norte/ Sul. O condutor do veículo 02 foi conduzido para o Hospital. Após a colisão os dois veículos sofreram várias avarias. Não foi possível coletar mais informações do condutor do veículo 02.

Eu, Francisco Liano Barbosa Alves, Agente de Operação e Fiscalização de Trânsito, Mat. 043981-9 o digitei e assino Francisco Liano B. 11/11/2019 conforme original. AG Alexandre/ MAT 043486-8

**DATA: 15/11/2019**

**Agenor Carneiro Costa**  
**PRESIDENTE - AMTI**  
**PORT.G Nº 373/2018**

**Agenor Carneiro Costa**  
**Presidente AMTI**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **10/01/2020 09:25:05**  
Data / Hora da Ocorrência: **13/11/2019 12:15:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV ANASTACIO BRAGA - ITAPIPOCA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**  
Nascimento: **06/12/1995** CPF:  
RG : Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**  
**IVANILDO RODRIGUES DE SOUSA**  
Endereço: **SITIO MADAMENAS**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **TURURU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: **FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**  
Nascimento: **29/07/1975** CPF: **802.992.023-72**  
RG: **2006098047868** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **FRANCISCA ASSIS FREITAS**  
**JOÃO FREITAS FILHO**  
Endereço: **RUA LOCALIDADE DE MADALENA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **TURURU/CE** Telefone: **(85) 99428-9302**  
País: **BRASIL**

**Histórico**

Narra a noticiante que na data, hora e local mencionados, seu filho IVANDERSON FREITAS DE SOUSA, sofreu um acidente no percurso do trabalho para casa; QUE IVANDERSON estava pilotando a motocicleta de PLACA PMB7606, de sua propriedade quando um carro de placa PNK-2206, colidiu com ele; QUE o condutor do carro foi identificado como sendo ARMANDO CORDEIRO DE FARIAS; QUE o acidente foi atendido pela AMTI; QUE IVANDERSON foi levado para o Hospital São Camilo (prontuário 239120) e imediatamente transferido para o IJF em Fortaleza, onde foi internado; QUE IVANDERSON, ficou com uma grave lesão no olho esquerdo e não tem total consciência da realidade, fratura na face e braço; QUE como o quadro de IVANDERSON ainda não está definido; QUE IVANDERSON é funcionário da ENEL estava saindo do trabalho quando aconteceu o acidente; QUE nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*Francisca Iracilda Freitas de Sousa*

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

*Francisca Iracilda Freitas de Sousa*

Pág. 1 de 2



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA  
Impresso nº 202027705



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 144 / 2020**

**CHARLENY MATIAS BRAGA PESSOA - MAT.: 3011938x**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Francisca Inocência Freitas de Sousa

**VISTO DO DELEGADO(A) :** FRANCISCO JOSÉ PORTELA NETO - MAT.: 30124375

  
CHARLENY M. BRAGA-PESSOA  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
MAT. 301.193.8.X



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:

051.255.873-62

Guanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Guanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

água preta

12 - Cidade:

Juruá

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

85-98617-9213

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

3047

CONTA:

32649

7

(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(vainascer)?

☐ 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 a aqueles 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 afibotizado

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,

Castelão - PA - 15/01/2020

Guanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

051.255.873-62

Juanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Juanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

510

10 - Complemento:

11 - Bairro:

agua preta

12 - Cidade:

Sururu

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

85.98617-4213

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)

☐ Bancodo Brasil(001)

☒ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1047

CONTA:

32649

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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(vainser)?

☐ 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/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:

Castelão - PE - 15/01/2020

Juanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



3104666

Para agiliz seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 29 de março de 2002.

Companhia Energética do Ceará

Rua Pedro Valdevo, 150

CEP 60136-940 | Fortaleza CE

CNPJ: 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 039316931

Rota TU138R01 - 115900

Referência 11/2019

Nome FRANCISCA IRACILDA DE FREITAS DE SOUSA

Endereço PV MADALENAS, 00000, AGUA PRETA, 62655-000, TURURU

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 25/11/2019

Medidor 6249882-E11-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

## DATAS DE LEITURA

Anterior Atual Próxima prevista

## DADOS DA MEDIÇÃO

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo Mês (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Excl. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|--------|-------------------|---------------------|---------------------|------------------|-------------|
| 01    | 0000        | 0000           | 000    | 00                | 00                  | 00                  | 0,00             | 0,00        |

## DADOS DO FATURAMENTO

## TARIFA

## VALOR (R\$)

|                                |         |       |
|--------------------------------|---------|-------|
| CIP - ILUM. PUB. PREF. MUNIC.  | -       | 16,03 |
| ICMS COMPL. Bx RENDA           | -       | 12,02 |
| PIS COMPL. Bx RENDA            | -       | 0,02  |
| COFINS COMPL. Bx RENDA         | -       | 0,15  |
| DESCONTO BAIXA RENDA           | -       | 44,46 |
| CONSUMO SEM SUBVENÇÃO          | -       | 44,46 |
| CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH | 0,24267 | 7,28  |
| CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH | 0,41629 | 29,14 |
| CONSUMO DE 100 KWH ATÉ 220 KWH | 0,62508 | 75,01 |
| CONSUMO ACIMA DE 220 KWH       | 0,69375 | 11,10 |
| ADICIONAL BAND. AMARELA        | 0,02533 | 0,76  |
| ADICIONAL BAND. VERMELHA       | 0,26233 | 7,87  |

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. AP

352 891750585-4

16/DEZ/2019

HORA DE 16:29:52

LOT. 05.011575-8

TERM 039950

LOCALIDADE: TURURU

AG. VINCULADA: 0748

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ

VALOR DO PAGAMENTO: 159,38

838900000013 593800310502

- 001351344070 000031046665

352-891750585-4

1ª VIA

| Tributo: | Base (R\$): | Aliquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS     | 175,62      | 27,00         | 47,42        |
| PIS      | 175,62      | 0,04          | 0,06         |
| COFINS   | 175,62      | 0,30          | 0,53         |

07/01/2020

159,38

## CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

802.992.023-72

EMISSIONES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emissão kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (NCO)

92,13 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 25/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 25/11

SE VOCE RECEBER DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEN OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

|                                   |                 |                                     |           |
|-----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------|
| Paciente                          |                 | Dados Clínicos - Médico             |           |
| IVANDERSON FREITAS DE SOUSA       |                 |                                     |           |
| Data de Nascimento                | Idade           | Nome da Mãe                         | Profissão |
| 06/12/1995                        | 23 Ano(s)       | FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA | 23912     |
| Data Atendimento                  | Aposento        |                                     |           |
| 13/11/2019                        |                 |                                     |           |
| Profissional Responsável          |                 | Quarto/Linha                        |           |
| ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA |                 | /                                   |           |
| Convênio                          | Sector          | Especialidade                       | CRM       |
| SUS                               | EMERGENCIA - PA | MEDICA                              | 17864     |

### FICHA DE REFERENCIA

FICHA DE REFERÊNCIA - 13/11/2019 13:01:39

#### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

PCT 23 ANOS, VEIO TRAZIDO PELA EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU LOCAL, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM CAPACE APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DEFORMIDADE ÓSSEA EM FACE.

#### AO EXAME:

- A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS
  - B: MVU S/ RA; FR=16IPM
  - C: PA=120X70MMHG; RCR 2T BNF SS; AED: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR
  - D: PIFR; GLASGOW=14; SEM SINAIS DE DEFICIT FOCAL APARENTE
  - E: FX EXPOSTA EM MSD; DEFORMIDADE EM FACE; MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM TORAX + MMSS + MMII
- HD: TCE MODERADO // FX FACE // FX MSE (EXPOSTA)

#### CONDUTAS:

- 1- SUPORTE E VIGILANCIA CLÍNICA
- 2- SOLICITO TRANSFERENCIA EM VAGA ZERO PARA HOSPITAL REFERENCIA
- 3- ENTRO EM CONTATO COM CENTRAL SAMU CEARA AFIM DE AGILIZAR TRANSPORTE DE PACIENTE

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TCE MODERADO

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA HORA DA REFERENCIA:

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: HOSPITALAR

PROCEDIMENTO: TRANSFERENCIA VAGA ZERO

PROFISSIONAL: NEUROCIRURGIA

UNIDADE REFERENCIADA: HOSPITAL TERCIARIO

#### FICHA DE CONTRAREFERENCIA

Dr. Roberto Vinicius  
Médico  
CRM-CE: 17864

RESPONSÁVEL: ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA - CRM-CE 17864

Procedimento realizado pelo SUS  
(Sistema Único de Saúde) sem  
nenhum ônus para o paciente ou  
qualquer tipo de convênio

HMSVP





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Secretaria da Saúde do Estado do**  
**Ceará**  
**Coordenadoria de Regulação,**  
**Avaliação e Controle**  
**CRESUS - Central de Regulação**  
**Estadual do SUS**



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

ENDEREÇO: RUA ... - UNIDADE: HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO - ITAPIPOCA

**Operação:**  
**Acompanhar Solicitação de**  
**Internação**

**VISUALIZAÇÃO DE OCORRÊNCIA**

Siga os passos abaixo:

- Seloção do situação
- Seloção da solicitação
- Visualização da solicitação
- Lista de ocorrência
- Inclusão de ocorrência
- Visualização de ocorrência**
- Confirmação de cancelamento
- Registro de transferência
- Confirmação de transferência
- Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de ocorrências clique em Voltar.

|                  |                                                                                             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LOGIN</b>     | jose.azevedo                                                                                |
| <b>NOME</b>      | JOSE RICARDO B DE AZEVEDO                                                                   |
| <b>DATA/HORA</b> | 13/11/2019 13:46                                                                            |
| <b>UNIDADE</b>   | IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL                                                         |
| <b>DESCRIÇÃO</b> | Estabelecimento Executor Confirmou Reserva de Leito. (IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL). |

Atalho  
 Acesso / Desconectar  
 Operações



Procedimento realizado pelo SUS  
 (Sistema Único de Saúde) sem  
 nenhum ônus para o paciente ou  
 qualquer tipo de convênio

HMSVP

**Guia de atendimento - EMERGENCIA - PA**

**DADOS DO PACIENTE**

|                             |                                     |                             |                 |                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|
| Prontuário                  | Atend.                              | Nome do Paciente            | CNS             | Guia de Autorização |
| 239120                      | 0005                                | IVANDERSON FREITAS DE SOUSA | 162496424640005 |                     |
| Documento(s)                |                                     | Estado Civil                | Sexo            |                     |
| CPF: 051.255.873-62         |                                     | Solteiro(a)                 | Masculino       |                     |
| Data de Nascimento          | Local                               | Idade                       |                 |                     |
| 06/12/1995                  | TURURU/CE                           | 23 Ano(s)                   |                 |                     |
| Pai                         | Mãe                                 |                             |                 |                     |
| IVANILDO RODRIGUES DE SOUSA | FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA |                             |                 |                     |
| Endereço                    | Bairro                              | CEP                         | Município       | UF                  |
| RUA MADALENAS, S/N          | ZONA RURAL                          | 62655-000                   | TURURU          | CE                  |
| Profissão                   | Empresa                             | Cônjuge                     | Telefone        |                     |
| AUX DE SERVIÇO              | BIQ ENERGIA                         |                             | 85992817403     |                     |
| Responsável                 | CPF do Responsável                  | Endereço                    | Município       | UF                  |
| ELIAS DE JESUS PAIXAO       |                                     | RUA MADALENAS, S/N          | TURURU          | CE                  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|                                   |                     |                  |           |     |
|-----------------------------------|---------------------|------------------|-----------|-----|
| Data Atendimento                  | Hora                | Convênio         | Matrícula | CID |
| 13/11/2019                        | 12:43               | SUS              |           |     |
| Profissional do Atendimento       | CRM/UF              | Tipo Atendimento |           |     |
| ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA | 17864/CE            | CONSULTA         |           |     |
| Indicador de Acidente             | Funcionário         |                  |           |     |
| Trânsito                          | ZENAGILA AGOSTINHO  |                  |           |     |
| Observação                        |                     |                  |           |     |
| Sala                              | Data/Hora Liberação | Tipo de Saída    |           |     |
|                                   | 13/11/2019 12:58    | Encaminhamento   |           |     |

**Sinais Vitais**

|                  |                           |                               |                     |                      |           |             |                  |                  |
|------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------|----------------------|-----------|-------------|------------------|------------------|
| Temperatura (oC) | Frequência Cardíaca (bpm) | Frequência Respiratória (lpm) | PA Sistólica (mmHg) | PA Diastólica (mmHg) | Peso (kg) | Altura (cm) | Oximetria (mmHg) | Glicemia (mg/dL) |
|                  | 72                        |                               | 120                 | 70                   |           |             | 94               | 128              |

**Classificação de Risco**

**Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 13/11/2019 12:47**

**Responsável pela Classificação: JOÃO VITOR TEIXEIRA**

**Relatório:**

Cliente deu entrada nesta unidade, sendo trazido pelo USA - SAMU. Vítima de atropelamento em via pública, apresenta lesões cortantes em face, fratura exposta em MSE.

Apresenta também sinais de otorrágia e sangramento oral. Cliente não consegue verbalizar. Cursando sonolento, sudoreico.

**Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)**

**13/11/2019 12:58:32h Responsável: ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA CRM-CE 17864**

PCT 23 ANOS, VEIO TRAZIDO PELA EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU LOCAL, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM CAPACETE, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DEFORMIDADE ÓSSEA EM FACE.

**AO EXAME:**

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS

B: MVU S/ RA; FR=16IPM

C: PA=120X70MMHG; RCR 2T BNF SS; ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR

D: PIFR; GLASGOW=14; SEM SINAIS DE DEFICIT FOCAL APARENTE

E: FX EXPOSTA EM MSD; DEFORMIDADE EM FACE; MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM TORAX + MMSS + MMII

HD: TCE MODERADO // FX FACE // FX MSE (EXPOSTA)

**CONDUTAS:**

1- SUPORTE E VIGILANCIA CLÍNICA

2- SOLICITO TRANSFERENCIA EM VAGA ZERO PARA HOSPITAL REFERENCIA

3- ENTRO EM CONTATO COM CENTRAL SAMU CEARA AFIM DE AGILIZAR TRANSPORTE DE PACIENTE

Procedimento realizado pelo SUS  
(Sistema Único de Saúde) sem  
nenhum ônus para o paciente ou  
qualquer tipo de convênio

HMSVP

Dr. Roberto Vinicius  
Médico  
CRM-CE: 17864

ROBERTO VINICIUS DE CARVALHO LIMA - CRM: 17864

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ELIAS DE JESUS PAIXAO

## FICHA DE ATENDIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 706906144501636 Admissão: 13/11/2019 17:30  
 Nome: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA  
 Pront.: 5644390 Data Nasc.: 06/12/1995 Idade: 24 ano(s) 1 mes(es) e 9 dia(s) Tel.: 85 99428-9302  
 Mãe: FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA  
 Sexo: Masculino RG: 2006098049496 Município: TURURU  
 CEP 62655-00 Bairro: SI  
 Endereço: MADALENA

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ANDREA TOMÉ SOMBRA COREN:50801 Horário 13/11/2019 17:38  
 Queixa: AC DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DE MSE E DEFORMIDADE OSSEA NA FACE + DESORIENTAÇÃO  
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA  
 Discriminador: TCE / ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA  
 Autoagressão: Não  
 Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

## ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES GUIMARAES CRM: 50801 Nº: 573926 Horário 13/11/2019 18:11  
 Acidente: RABELO Agressão: Não Peso: P.A.:  
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6  
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS  
 Comorbidade:

## HDA/Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO X CARRO COM TCE LEVE GLASGOW 14, DESORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO  
 LESÃO IMPORTANTE EM OLHO ESQUERDO  
 FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO FIREITO  
 ACP NORMAL  
 PA=115X70 FC=72 SATO2=98% DX=124  
 ABDOMEN INOCENTE  
 E-FAST NEGATIVO  
 Pelve ESTAVEL

## SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 13/11/2019 21:29

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| Data           | Fluxograma               | Discriminador                  | Risco   | Profissional       |
|----------------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------|
| 3/11/201 17:38 | ACIDENTE COM MOTOCICLETA | TCE / ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA | LARANJA | ANDREA TOMÉ SOMBRA |

## EXAME

| Nome                                | Data Solicitação | Urgente | Situação  |
|-------------------------------------|------------------|---------|-----------|
| C CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079) | 13/11/2019 18:32 | Não     | Cancelado |



Paciente: Iverderson Freitas de Sousa

**Ultra-som em Olho Esquerdo(OE)**

- 1)Fácico(catarata);
- 2)Diâmetro antero-posterior dentro da normalidade e simétrico, medida transpalpebral OE: 25mm);
- 3)Descolamento parcial de vítreo posterior com membrana hialoide espessada aderida no equador inferior e em área peripapilar;
- 4)Retina aplicada;
- 4)Processo hemorrágico ou inflamatório vítreo e subhialóideo .

Fortaleza, 04/12/2019

*Daiane Lima*

Dr. Daiane Lima - CRM  
Especialista Oftalmológica  
Oftalmologista

**EVOLUÇÃO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO****Nome:** IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**Prontuário:** 5644390**Admissão:** 13/11/2019**RG:** 2006098049496 **Sexo:** Masculino**Data Nasc.:** 06/12/1995 **Idade:** 23 ano(s) 11 mes(es) e 7 dia(s)**Telefone:** 85 99428-9302**Mãe:** FRANCISCA IRACILDA FREITAS DE SOUSA**CEP:****Endereço:** MADALENA**Num:** SN**Bairro:** SI

| Evolução                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Profissional                                                                                                                                                                           | Data/Hora        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PACIENTE COM TRAUMA OCULAR POR ACIDENTE DE MOTO HA 20 DIAS. SUBMETEU-SE A CERATORRAFIA EM OE HA 20 DIAS FEZ US DVP PARCIAL, MEMBRANA HIALOIDE INFERIOR ESPESSADA E ADERIDA NO EQUADOR INFERIOR E PERIPAPILAR. RETINA APLICADA PROCESSO HEMORRAGICO E/OU INFLAMATORIO DO VITREO E SUBHIALOIDEO AV OE MOV MÃOS BIO SUTURA DE CORNEA OK, FRAGMENTOS DO CRISTALINO EM CA, CATARATA TRAUMÁTICA 4+, LACERAÇÃO DA IRIS EM REGIÃO TEMPORAL CD : ENCAMINHAR PARA FACECTOMIA E VITRECTOMIA OE | MARCIA BENEVIDES DAMASCENO<br><br><br>Marcia Benevides Damasceno<br>Oftalmologista<br>CRM - CE 5583 | 04/12/2019 16:32 |

**CENTRO DE EXCELENCIA OFTALMOLOGICA****DAIANE MEMORIA**

RUA PAULA NEY 600 ALDEOTA - 60125400 FORTALEZA - BRASIL

Phone : 3258-1413 - Fax: - Email:

**Patient: Sousa Ivanderson Freitas de**

Address: -

Phone:

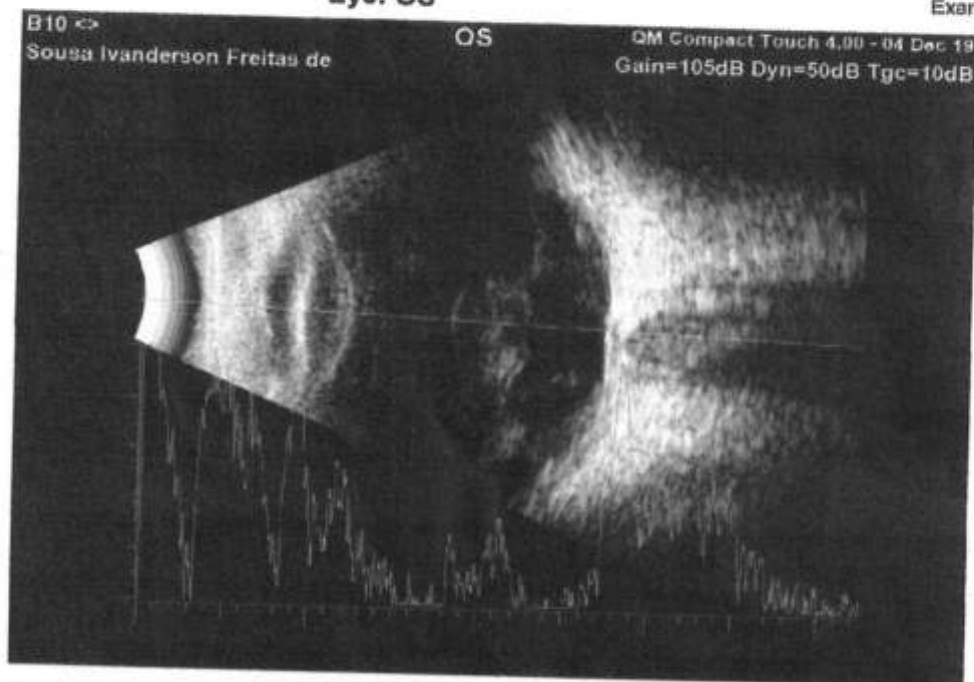
**Id Number:**

Gender:

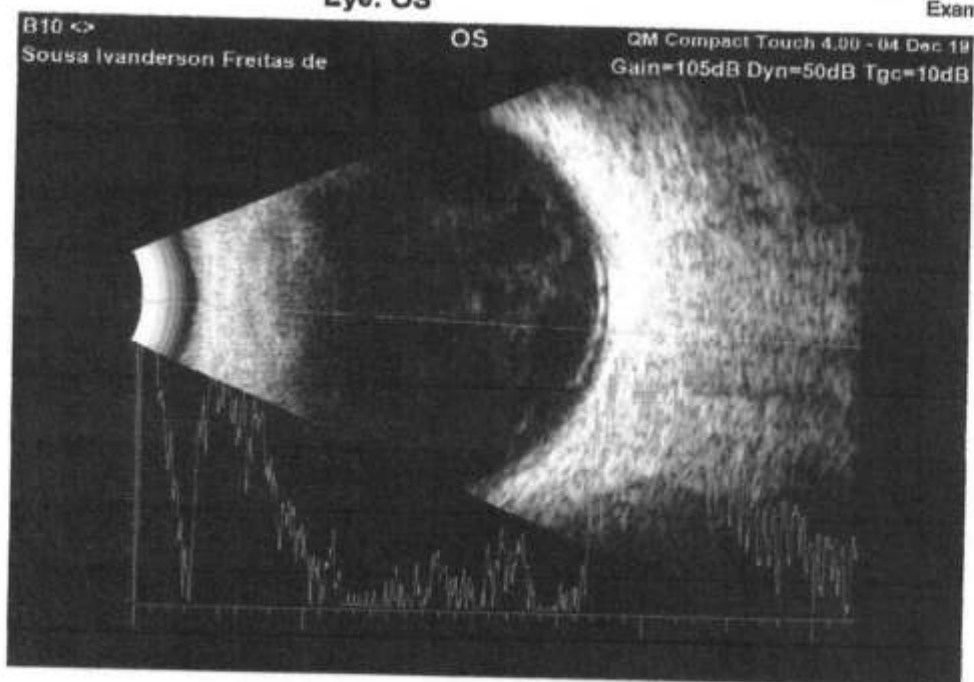
Date of birth: 08 Dec 1995

**Eye: OS**

Exam Date: 04 Dec 2019

**Eye: OS**

Exam Date: 04 Dec 2019





04 Dec 2019

Patient: Sousa Ivanderson Freitas de

Address: -

Phone:

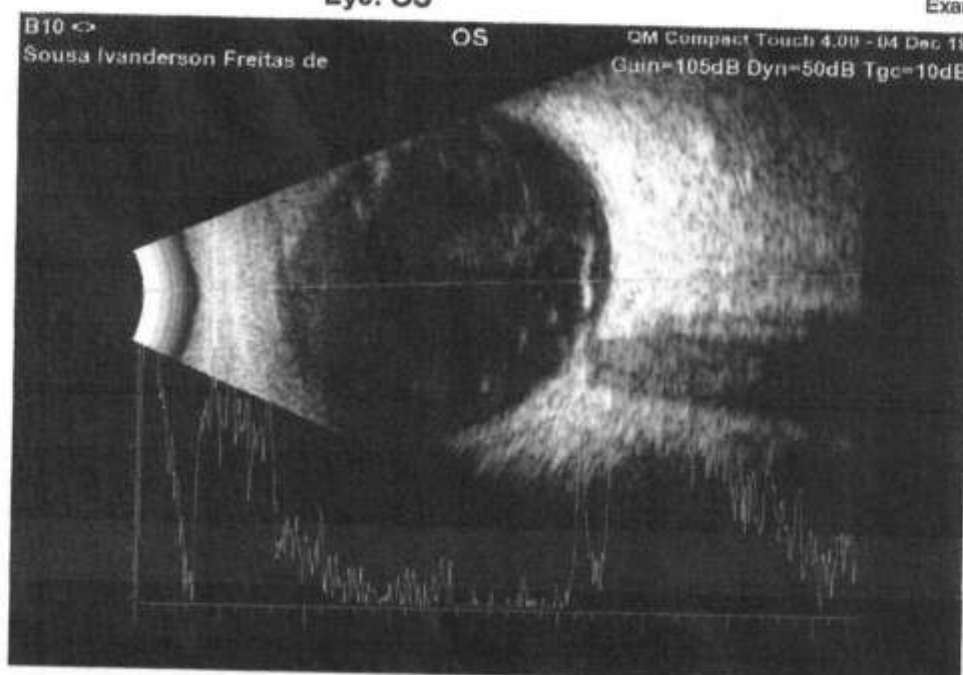
Gender:

Id Number:

Date of birth: 06 Dec 1995

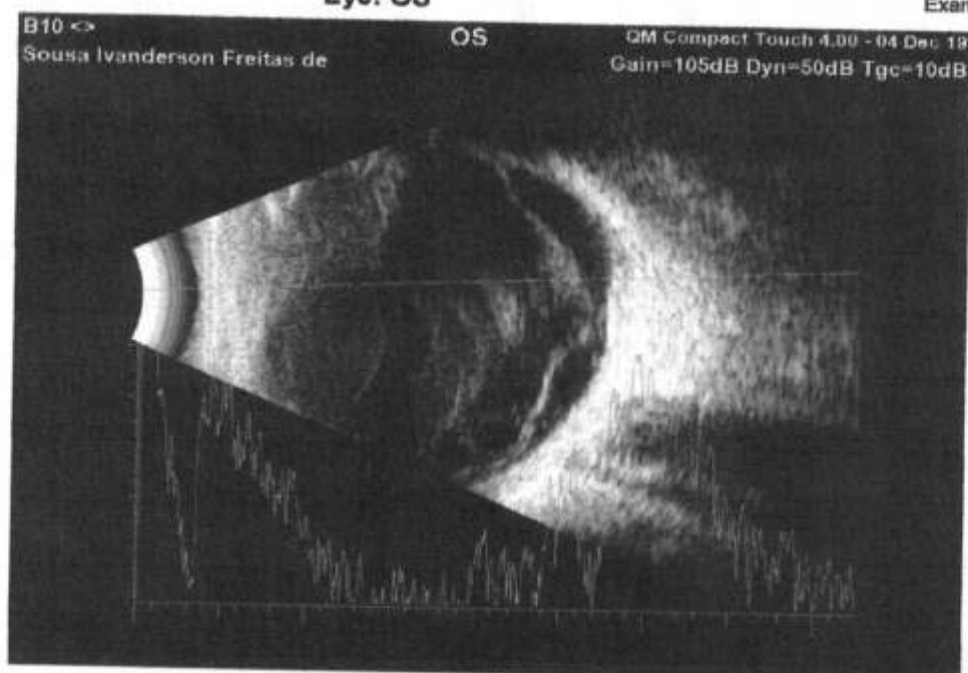
Eye: OS

Exam Date: 04 Dec 2019



Eye: OS

Exam Date: 04 Dec 2019





**Prefeitura de  
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota



## ATESTADO MÉDICO

**NOME: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTÁ INTERNADO NO INSTITUTO JOSÉ FROTA (FORTALEZA-CE) UNIDADE 17 - LEITO 12 DESDE O DIA 13/11/2019 DEVIDO FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO DIREITO.

PACIENTE SEGUE INTERNADO, SEM PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR, AGUARDANDO DEFINIÇÃO DE CONDUTA CIRÚRGICA

CID: S3523

**FORTALEZA, 25/11/2019**

Dr. Ivandro Freitas de Sousa  
Médico Internista  
CRM: 10.100.000-0



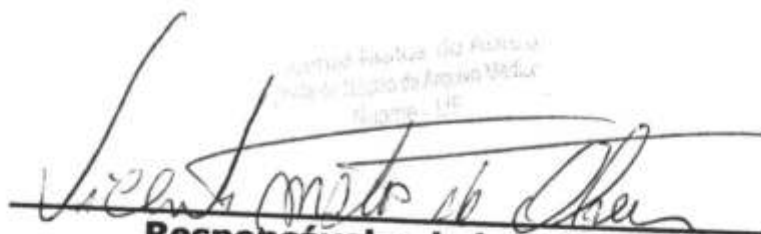
**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

**Instituto Dr. José Frota**

## **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente:  
**IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**, Documento  
Identidade Nº 2006098049496 , Prontuário Médico  
Nº5644390 encontra-se internado neste Hospital desde:  
13/11/2019 leito 1712 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 26 de NOVEMBRO de 2019.

  
Responsável pela informação.

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.  
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000



Prefeitura de  
**Fortaleza**

Instituto Dr. José Prota

## RECEITUÁRIO

Paciente: Juanderson Freitas de Sousa  
BE / Prontuário: RG 2006098049496

Paciente admitido em 13/11/19 às 19:30h, vítima de acidente de trânsito, apresentando alteração de consciência, fraturas em face e trauma em olho esquerdo, fratura exposta em braço.

Foi submetido a emergências para fraturamento da fratura exposta em braço e direito, das fraturas na face e para o fraturamento das lesões no olho esquerdo.

Permanece internado em acompanhamento especializado e tratamento medicamentoso. Não há possibilidade de alta hospitalar.

Data:

18/11/19

Ass. / Carimbo do Médico





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200224929 **Cidade:** Itapipoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANDERSON FREITAS DE SOUSA **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 26/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (LESÃO OCULAR À ESQUERDA).  
FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DÉFICIT FUNCIONAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X - POUCA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.  
PÁG. 5/12\_LAUDO MÉDICO.

**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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Perda funcional completa de um dos membros superiores                                                                                                                                                                                                  | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                      | 27,5 %    | R\$ 3.712,50          |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021444/20

**Vítima:** IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

**CPF:** 051.255.873-62

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 13/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**IVANDERSON FREITAS DE SOUSA : 051.255.873-62**

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: 15/01/2020  
Nome: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA  
CPF: 051.255.873-62

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

IVANDERSON FREITAS DE SOUSA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

---

**Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200224929**

**Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 13/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

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, 09 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200224929**

**Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 13/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200224929**

**Vítima: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 13/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

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\$ 3.712,50 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: IVANDERSON FREITAS DE SOUSA**

**Valor: R\$ 3.712,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000001351-0**

**Conta: 0000030904-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



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:

051.255.873-62

Guanderson Freitas de Sousa

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

5 - Nome completo:

Guanderson Freitas de Sousa

6 - CPF:

051.255.873-62

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

PV - Madalenas

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

água preta

12 - Cidade:

Juruá

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

62.655-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

85-98617-4213

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

3047

CONTA:

32649

7

(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(vainascer)?

☐ 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 a aqueles 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 afibotizado

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,

Castanheira - PA - 15/01/2020

Guanderson Freitas de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

