
Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272624

Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA KELLY DE SOUSA LIMA

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, contados 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, 04 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200272624 Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 30/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA KELLY DE SOUSA LIMA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272624

Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA KELLY DE SOUSA LIMA

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



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272624

Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA KELLY DE SOUSA LIMA

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000002194-6**

Conta: **0000034644-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272624

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Data do acidente: 30/04/2020

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 20°, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho direito.

Resultados terapêuticos: Inicialmente realizado tratamento conservador, sendo realizada osteossíntese em 11/05/2020 com redução da fratura e osteotomia, evoluindo sem complicações, com alta ortopédica. Realizou fisioterapia (30 sessões), e encontra-se de alta definitiva em 10/08/2020.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/08/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200272624

Nome do(a) Examinado(a): ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Elesbão Veloso, 32, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 20074431611

Data e local do acidente: 30/04/2020 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 18/08/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.74672 , longitude: -38.50831

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do platô tibial direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Osteossíntese de fratura e posterior fisioterapia (30 sessões). Alta definitiva, sem complicações, em 10/08/2020.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 20°, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho direito.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Bloqueio grave do arco de movimento do joelho

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 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 (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Direito - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Greive', with a large, stylized flourish extending from the end.

Dr Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - (se) do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **603 494 263 25** 4 - Nome completo da vítima: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA** 6 - CPF: **603 494 263 25**

7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA ELESBAO VELOSO** 9 - Número: **32** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **AUTRAN NUNES** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60526380**

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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: **2194** **6** CONTA: **34644** **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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 31/07/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1902 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/07/2020 11:53:11**
Data / Hora da Ocorrência: **30/04/2020 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R ELISBÃO VELOSO COM LUIS MORAIS
CORREIA, AUTRAN NUNES - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AUTRAN NUNES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA**
Nascimento: **18/10/1992** CPF: _____ UF: **CE**
RG: **20074431611** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA LIMA
FRANCISCO CLEBER LIMA DE SOUZA**
Endereço: **RUA ELESBÃO VELOSO , 32 AUTRAN NUNES**
Bairro: **AUTRAN NUNES** CEP: _____
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: _____
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSE1770** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi: **9C2JC4110ER813305** Renavam: **1018157112** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **MARIA AURILENE DE ALMEIDA SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz a noticiante que no dia e hora cima descrito, viajava na garupa da moto de placas acima descrita, pilotada por seu companheiro, quando quando um veículo de marca Ford/Cros Fox, invadiu a preferencial e colidiu na moto; Que em virtude da colisão a declarante teve uma fratura Tibial; Que a declarante foi levado por uma ambulância do Samu para o Frotinha de Antônio Bezerra onde recebeu tratamento médico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

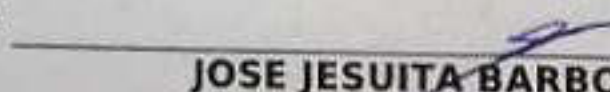
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :


JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **603 494 263 25** 4 - Nome completo da vítima: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: **ANA KELLY DE SOUSA LIMA** 6 - CPF: **603 494 263 25**

7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA ELESBAO VELOSO** 9 - Número: **32** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **AUTRAN NUNES** 12 - Cidade: **FORTALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60526380**

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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: **2194** **6** CONTA: **34644** **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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 31/07/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02194-6

CONTA: 000000034644-6

Nr. Autenticação

BRDESCO2508202005000000000023702194000000034644253125 PAGO

Nº do Cliente:

1029471

Para agilizar 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 26 de abril de 2002



Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 070087226

Rota FOK20U63 - 39300

Referência 06/2020

Nome FRANCISCO WANDERGLEYSON SOUZA DE OLIVEIR

Endereço RU ELESBAO VELOSO, 00032 - CS A, AUTRAN NUNES, 60526-380, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 29/06/2020

Medidor 1247384-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

E2091E591696061A4FB34FE014B40B4A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 32 dias

Anterior
28/05/2020Atual
29/06/2020Próxima prevista
29/07/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	30.646	30.513	1,00	133	00	133	0,78451	104,34

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

CONSUMO

COB DOACAO IPREDE 0800.042.01.08

TARIFA

VALOR (R\$)

0,78451

10,87
104,34
1,00



ATESTADO MÉDICO

O Sr(a)

Sra Kelly de Souza Lima

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: - de - de - as - hs -

Tendo como causa do atendimento: -

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____
hs

E pode retornar à suas atividades.

2. (x) Necessitando de 07 (sete) dias de afastamento
de suas atividades laborais ou escolares por motivos de
Doença ou agravos: _____
3. () Encontra - se a() Apto() Inapto a prática
curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de
Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

CID: S83

Fortaleza,

30

de

04

de

2020

Dr. Felipe Mendes

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC 15020

Médico CRM



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann

RESUMO DE ALTA

PACIENTE: ANA KELLY DE SOUSA LIMA	Nº PRONTUÁRIO: 90749
TOTAL DIAS DE PERMANÊNCIA: 07 DIAS	DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1992
UNIDADE DE INTERNAMENTO: POSTO 3	ENFERMARIA/LEITO: 207-73
DATA DE ADMISSÃO: 06/05/2020	DATA DE ALTA: 12/05/2020
DIAGNÓSTICO INICIAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO	DIAGNÓSTICO FINAL/CID-10: 1. FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO CORRIGIDA

RESUMO DA ADMISSÃO:

PACIENTE TEVE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 30/04/2020, EVOLUINDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO. VEIO PARA ESTE SERVIÇO PARA REALIZAR CIRURGIA CORRETORA DE FRATURA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNEICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP.

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ASSINTOMÁTICA, COM BOM CONTROLE ALGÍCO, SEM NOVAS QUEIXAS. ACEITA BEM A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. APRESENTA DIURESE FISIOLÓGICA, CONCILIA CICLO SONO VIGILIA. FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

BOM ESTADO GERAL, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, HIDRATADA, CORADA, EUPNEICA, ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO - GLASGOW: 15. AUSCULTA CARDÍACA: RITMO CARDÍACO REGULAR, EM 2 TEMPOS, BULHAS NORMOFONÉTICAS, SEM SOPROS. AUSCULTA PULMONAR: MURMÚRIO UNIVERSAL VESICULAR PRESENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABD: RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS, TIMPÂNICO, TRAUBE LIVRE. EXT: PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, SEM SINAIS DE TVP. FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E SECA.

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE PLANALTO/ESPINHAS TIBIAIS DIREITA + OSTEOTOMIA REALIZADA DIA 11/05/2020, SEM INTERCORRÊNCIAS, PELO D.L. VICTOR CALLADO E DR. DANIEL MINA.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS PÓS-ALTA:

1. MARCAR NO SAME RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DA TRAUMATO-ORTOPEDIA COM 21 DIAS APÓS DATA DE CIRURGIA.
2. SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.
3. TRAZER PEDIDO DE RADIOGRAFIA NO DIA DE CONSULTA AMBULATORIAL.
4. RETIRAR PONTOS CIRÚRGICO COM 15 DIAS DE CIRURGIA.
5. EM CASO DE EMERGÊNCIA, PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA COM ESTE RELATÓRIO DE ALTA.



Prefeitura Municipal de Fortaleza
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

Serviço de Diagnóstico por imagem/ Solicitação de Raios X

IDENTIFICAÇÃO DA USUÁRIA:

NOME: ANNA KELLY V8 J. L. PRONT.: 90743

IDADE: COR/RAÇA: B (), P (), N (), M (), I () OUTRA:

ENDEREÇO:

ENFERMARIA: LEITO:

Exame Solicitado:

12 JPTO ① - AP/H

Resumo da história clínica/exame físico:

Sumário De Exame Físico:

Resultado De Exames Anteriores Realizados Para Esclarecimentos De Diagnóstico:

Diagnóstico Provável:

Data: / /

Dr. FELIPE O. MAGALHÃES
Médico Traumato - Oncopedista
CRM: 7880 / RQB: 3798

Assinatura, carimbo e rubrica do(a) Médico(a)



RECEITA

Ana Karly e seu filho

Retorno Físico

30/01/20

Dr. Felipe Mendes
Oncologia e Traumatologia
CREMEC 18020

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
GUARDE BEM AS BOMAS ALCOOLICAS E CIGARETAS
PARA JUNTAR A SAUDE. PERGUNTE AO SEU MEDICO

ATESTADO MÉDICO

Atento para os devidos fins que a Sra. ANA KELLY DE SOUSA LIMA, portadora do RG: 20074431611, esteve internada nesta instituição de saúde, HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN, do dia 06/05/2020 ao dia 12/05/2020 por fratura de tibia direito, tendo realizado cirurgia ortopédica corretora. Após abordagem cirúrgica paciente necessitada de afastamento de suas atividades laborais por 30 (TRINTA) a partir desta data para repouso/reabilitação.

CID-10: (S828) FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Autorizo divulgação de Cid-10 e outras informações relacionadas a procedimentos cirúrgicos em atestado médico:

Fortaleza, 12 de maio de 2020

Drª Vanessa Ribeiro


CREMEX 20458

MÉDICA(A)

(assinatura e carimbo)

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Mrs Kelly de Sousa Lima

vítima de acidente de trânsito, em 30.09.2020, sofreu:

Fratura do plaxo Tibial Direito
CID- S82.1

e submeteu-se a tratamento(s):

Redução cirúrgica e fixação da fratura
pelo torniquete

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Dor e desconforto
limitado no andar, deambulando
com muletas. Frouxo, cansado
força limitada, dificuldade
de locomoção.

Atrofia muscular.

Comprometimento funcional
na perna direita.

Atrofia do fêmur

10.08.2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4411



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

603.494.263-25

Nome

ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Nascimento

18/10/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2007443161 - 1

DATA DE
EXPEDIÇÃO 25/01/2010

NOME
ANA KELLY DE SOUSA LIMA

PAI
FRANCISCO CLEBER LIMA DE SOUZA
MÃE
MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA LIMA

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
18/10/1992

DOC. ORIGIN
LEPT NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 159361 FOLHA: 175
LIVRO: A-136 FORTALEZA - CE

CPF

1 VIA

Francisco de Souza

P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.112 DE 20.06.10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARRAL DE SOUSA



Polegar Direito



Ana Kelly de Sousa Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214064/20

Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

CPF: 603.494.263-25

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 30/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA KELLY DE SOUSA LIMA : 603.494.263-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/07/2020
Nome: ANA KELLY DE SOUSA LIMA
CPF: 603.494.263-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ANA KELLY DE SOUSA LIMA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214064/20

Número do Sinistro: 3200272624

Vítima: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

CPF: 603.494.263-25

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 30/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA KELLY DE SOUSA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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