

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

---

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200109969**

**Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA**

**Data do Acidente: 27/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALEX DE SOUSA LIMA**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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.

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



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200109969**

**Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA**

**Data do Acidente: 27/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALEX 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, 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

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

---

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200109969      Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA**

**Data do Acidente: 27/11/2019      Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEX 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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ALEX DE SOUSA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003418**

Conta: **0000011483-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200109969**

**Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA**

**Data do Acidente: 27/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALEX 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.

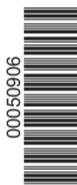
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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





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

**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200109969** Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 27/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEX 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\$ 843,75

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: **ALEX DE SOUSA LIMA**

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003418

Conta: 0000011483-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109969 Cidade: Fortaleza Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA Data do acidente: 27/11/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

Data da análise: 24/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4)  
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200109969      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DE SOUSA LIMA      **Data do acidente:** 27/11/2019      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do fêmur distal esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 60°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura exposta do fêmur distal esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 27/11/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura, medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou redução da mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no joelho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta em joelho esquerdo, em grau intenso, com redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

**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: **3200109969**

Nome do(a) Examinado(a): **ALEX DE SOUSA LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Amador Bueno, 1120, , 60.821-040, Jardim das Oliveiras, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 97027009524**

Data e local do acidente: **27/11/2019 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **21/07/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Fratura exposta do fêmur distal esquerdo.**

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

**Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no joelho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.**

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

**Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 40°, extensão aos 60°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.**

**IV.** Nexo 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

**Perda parcial e incompleta em joelho esquerdo, com redução 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 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 ás regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

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

  
Dr. Gracine Freitas Covalente  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

009.275.423-66 Alice de Souza Leime

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

5 - Nome completo:

Alice de Souza Leime

6 - CPF:

009.275.423-66

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

rua amador Bueno

9 - Número:

1150

10 - Complemento:

Jardim dos Olivenças

12 - Cidade:

fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.821-090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDI):

85.98617-4213

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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: 3418

CONTA: 11483

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:  Sim  
teve filhos:  
 Não

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos:  
Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro(miríaco):  
 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 Lider 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34

Inglês  
Português  
Espanhol  
Francês  
Alemão

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza-CE 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

009.275.423-66 (Alízé de Souza Leime)

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Alízé de Souza Leime

5 - CPF:

009.275.423-66

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Av. amador Bueno

9 - Número:

1190

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jardim dos Olivenças

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.821-090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDP):

85.98617-4213

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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: 3418

CONTA: 11483

(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 Lider 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 Lider 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  Sim teve filhos, informar Vivos:  Falecidos:

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(mínacor):

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 Lider 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34

Inglês  
Português  
Espanhol  
Francês  
Alemão

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Fortaleza - 07/08/2020.  
Lex des Salim

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 202099986



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 317 / 2020

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/02/2020 14:34:50**  
Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2019 19:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKEK, PASSARE - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEX DE SOUSA LIMA**  
Nascimento: **12/03/1983** CPF: **009.275.423-66**  
CNH: **06236572120** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:  
Filiação: **GERALDA DE SOUSA LIMA**  
**EDIMAR CARVALHO DE LIMA**  
Endereço: **RUA AMADOR BUENO , 1120**  
Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **98904-6722**

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNW8927** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6DG2520H0013002** Renavam: **1134646760** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XZ150 CROSSER E** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA** Proprietário: **ALEX DE SOUSA LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

### Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 27 DE NOVEMBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 19:40, TRAFEGAVA PELA AVENIDA PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE, NA MOTOCICLETA YAMAHA/ XZ150 CROSSER E, PLACA PNW8927, QUANDO, UM VEÍCULO, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR NO MOMENTO, AO FAZER UM RETORNO, AVANÇOU A PREFERENCIAL, COLIDINDO COM O DEPOENTE, QUE VEIO A SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES OS QUAIS ACIONARAM O SAMU, ATRAVÉS DO CELULAR DO DECLARANTE; QUE A AMBULÂNCIA DO SAMU CONDUZIU-LHE ATÉ O HOSPITAL INSTITUTO JOSÉ FROTA; QUE SOFREU FRATURA EXPOSTA DO JOELHO E FÉMUR ESQUERDOS. E NÃO MAIS DISSE.

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

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*(Signature)* **MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*(Signature)* **ALEX de SOUSA LIMA**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso n° 202099986



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 317 / 2020

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

009.275.423-66 Alice de Souza Leime

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

5 - Nome completo:

Alice de Souza Leime

6 - CPF:

009.275.423-66

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

rua amador Bueno

9 - Número:

1150

10 - Complemento:

Jardim dos Olivenças

12 - Cidade:

fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.821-090

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

85.98617-4213

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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: 3418

CONTA: 11483

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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  Sim teve filhos, informar Vivos:  Não Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (mínacor):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34

Inglês  
Português  
Espanhol  
Francês  
Alemão

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza-CE 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## DECLARAÇÃO

**192**

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Alex de Sousa Lima** - C.P.F. - **009.275.423-66**, no dia **27/11/2019**, às **20h06min**, na **Avenida Presidente Juscelino Kubitschek**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Maria Francisca Albano Lima** por meio do Processo nº **P989822/2019**.

Fortaleza, 17 de Dezembro 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

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

---

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



P-989822/19

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB M-02 PONTO DE APOIO: CAIAZELHAES Nº DA OCORRÊNCIA: 0945  
 DATA: 27/11/2019 TURNO: B/IN EQUIPE: Edigley e Cleiton  
 NOME: Alex Siqueira Lima IDADE: 37 anos SEXO: Masculino  
 ENDERECO: Av Jússelino Kubitschek 3300 REFERÊNCIA: Nivel da Paulista Roda BAIRRO: Passaré  
 QTY: 20:01 QUS: 20:06 - 20:28 QUV: 20:43 QUU: 21:25  
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro x moto

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
EUPNEICO	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:
TAQUIPNEICO				
BRADIPNEICO				
AGÔNICA/AUSENTE				

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

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

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

PUPILAS:  NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)  
 ALTERADAS

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Dr. Otávio Luis Gombe Fratura exposta do joelho esquerdo com estabilização óssea. Estabilidade óssea perca de ligadura da articulação e não tem lesões.	

## SAMPLA

FC: 70 PA: 140/90 FR: 18 GLUC: — OXIM: — TEMP: —

Alucinado agente de seg. em via pública. Fala juntamente com o mesmo respondendo verbalmente e interna. O mesmo fui questionado por ele se ele é muito solto que portaria corrente de metal por 2 retinadas na mão direita, mola e varinhas. O mesmo refere fratura de joelho no qual o esquerdo exposto com estabilização óssea e sem sangramento. Perca de ligadura da articulação e não tem lesões.

# 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: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALEX DE SOUSA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03418

CONTA: 000000011483-1

---

Nr. da Autenticação 3B20EF2664DC18CD

# 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: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ALEX DE SOUSA LIMA

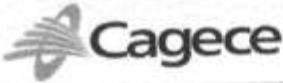
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03418

CONTA: 000000011483-1

---

Nr. da Autenticação 615C4A8CC22BB806



Nº de Inscrição:

005491177

## DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEX DE SOUSA LIMA  
 End. Leitura: RUA ANADOR BUENO, 1120, JARDIM DAS OLIVEIRAS  
 Cidade: FORTALEZA  
 End. Entregar:  
 Cidade:  
 Local: 001 Setor: 046 Quadra: 0211 Lote: 0552 Comp: 0000  
 Subsetor: 00 Subquadra: 00

CEP: 60021-040

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

INFORMAÇÕES SÓBRE MEDIDAÇÃO					
Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen <sup>m<sup>3</sup></sup>	Média Semestral(m <sup>3</sup> )
AGUA	A09F188337	898	904	6	7

DATAS					
Leratura Atual:	07/12/2019	Emissao:	07/12/2019	Lacre Agua:	4105053
Leratura Anterior:	06/11/2019	Próxima Leratura:	08/01/2020	Lacre Esgoto:	
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:					
Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Análisitas	528	527	528	528	528
Em conformidade	527	526	518	516	528

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
**MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 6 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.**  
 Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.  
 Evite incêndios. Regularize-se junto ao Corpo de Bombeiros.

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA		28,30	Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,09	dez/18	7	0
MULTA DE 2%		0,57	jan/19	9	0
			fev/19	7	0
			mar/19	7	0
			abr/19	4	0
			mai/19	6	0
			jun/19	6	0
			jul/19	8	0
			ago/19	7	0
			set/19	7	0
			out/19	7	0
			nov/19	8	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,76
COFINS	1,38	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,96
MÊS/ANO		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
12/2019		23/12/2019	28,96

I:356615075639026 L:5725 H:12:04:31 R:024 P:001

ONDE PAGAR SUA FICHA  
 Banco: Bradesco, BNH, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa  
 Econômica Federal, Santander, Itaúngua, Outros Pagfácil  
 A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta e  
 sua fatura. Assim já esteja comodato. Consulte sua agência.

Central de Atendimento  
**Cagece**  
 0800 275 0195

**Cagece**  
 Móvel

É obrigatório manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,  
 conforme resoluções das Agências Reguladoras.  
 Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e  
 Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais  
 localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do  
 Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 195. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).  
 Mais 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 [www.suasduvidas.ca.gov.br](http://www.suasduvidas.ca.gov.br),  
 de 8h às 12h e 13h às 17h.

## Fatura Mensal

Via do agente  
arrecadador

DADOS DO CLIENTE  
 Inscrição: 005491177 Código de Responsável:  
 Local: 001 Setor: 046 Quadra: 0211 Lote: 0552 Mês/Ano:  
 Subsetor: 00 Subquadra: 00 Vencimento: 23/12/2019 Total (R\$): 28,96  
 Cidade: FORTALEZA

82630000000 5 28960009800 7 00549117701 9 01006222015 6



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

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 702807185496261 **Admissão:** 27/11/2019 20:45  
**Nome:** ALEX DE SOUSA LIMA  
**Pront.:** 5456133 **Data Nasc.:** 12/03/1983 **Idade:** 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:** 85 98739-7307  
**Mãe:** GERALDA DE SOUSA LIMA  
**Sexo:** Masculino **RG:** 00927542366 **Município:** FORTALEZA  
**CEP:** 60520790 **Bairro:** JARDIM DAS OLIVEIRAS  
**Endereço:** AMADOR BUENO

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Risco:** LARANJA **Classificador:** MARIA DE NAZARE P UCHOA **COREN:** 43995 **Horário:** 27/11/2019 20:47  
**Queixa:** LESAO SANGRANTE MIE ,ECG15

**Fluxograma:** ACIDENTE COM MOTOCICLETA

**Discriminador:** ESCORE6

**Autoagressão:** Não

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

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**Médico:** AMANDA PROGENIO DOS SANTOS **CRM:** 43995 **Nº:** 578825 **Horário:** 27/11/2019 21:34

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

**Eixo:** PROCEDIMENTO

**Hipótese Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR

**Comorbidade:**

**HDA/Exame Físico:**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, RELATA TRAUMA HOJE

QUEIXA DE DOR EM COXA E JOELHO ESQ;

NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MIE

APRESENTA SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE EM FACE LATERAL DA COXA ESQ (APROX. 5 CM )

SOLICITO RX PARA REAVALIAÇÃO

SERVIÇO DE ATENDIMENTO  
 DE PRIMERIA  
 DE SAÚDE-SUS  
 DATA: 21/01/2020  
 LATRÍCIO: 51022  
 SP/CE  
 SP/CE

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

**Data:** 27/11/2019 23:37

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
27/11/2019 20:47	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ESCORE6	LARANJA	MARIA DE NAZARE P UCHOA

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

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 702807185496261 **Admissão:** 27/11/2019 20:45  
**Nome:** ALEX DE SOUSA LIMA  
**Pront.:** 5456133 **Data Nasc.:** 12/03/1983 **Idade:** 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:** 85 98739-7307  
**Mãe:** GERALDA DE SOUSA LIMA  
**Sexo:** Masculino **RG:** 00927542366 **Município:** FORTALEZA  
**CEP** 60520790 **Bairro:** JARDIM DAS OLIVEIRAS  
**Endereço:** AMADOR BUENO

**EXAME**

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

**EVOLUÇÃO**

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

**PRESCRIÇÃO**

**Médico:** AMANDA PROGENIO DOS SANTOS **CRM:** 20203 **Data:** 27/11/19 22:29

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS   TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPIROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   .	
ORIENTAÇÕES EXTRAS   TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - OUTRO	

SLAVICO DI PROKOPENKO  
PACIENTE: ALEX DE SOUSA  
PEL: 5456133  
DATA: 21/01/2020  
MATRICULA: 51022  
*Alex de Sousa*

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 702807185496261 **Admissão:** 27/11/2019 20:45  
**Nome:** ALEX DE SOUSA LIMA  
**Pront.:** 5456133 **Data Nasc.:** 12/03/1983 **Idade:** 36 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:** 85 98739-7307  
**Mãe:** GERALDA DE SOUSA LIMA  
**Sexo:** Masculino **RG:** 00927542366 **Município:** FORTALEZA  
**CEP:** 60520790 **Bairro:** JARDIM DAS OLIVEIRAS  
**Endereço:** AMADOR BUENO

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta  Observação  Referência para:  Óbito

---

AVISO DE ATENDIMENTO  
 PELA UNIDADE SUS  
 DATA 21 01 / 2020  
 MATRÍCULA 51022  
 Yánes Yaneis

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: ALEX DE SOUSA LIMA

Idade: 36 ano(s) 10 mes(es) e 1 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5456133

Endereço: AMADOR BUENO

Bairro: JARDIM DAS OLIVEIRAS

Num: 1120

CEP: 60520790

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

## Localização

Clínica: UNIDADE 12

Enfermaria: 121

Leito: 1212

Internação 27/11/2019

17:52

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

## Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

## Resumo Clínico

PACIENTE, 36 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 27/11/19 (SIC), SENDO ADMITIDO NESTE SERVIÇO, VIA SAMU, COM FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO. NEUROVASCULAR PRESERVADO DO MEMBRO ACOMETIDO. SUBMETIDO A CIRURGIA DE URGÊNCIA COM APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR E PARAFUSOS NO FÉMUR DISTAL ESQUERDO PARA FECHAMENTO DA ARTICULAÇÃO.

## Exames Realizados

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

## Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO COM DR. JONATAS BRITO, SEM

## Sequelas Apresentadas

DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, COM NECESSIDADE DE FISIOTERAPIA PRECOCE PARA MOBILIZAÇÃO DA ADM DO JOELHO

## Diagnóstico

S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

## DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S724	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR
Não	S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Não	S72	FRATURA DO FEMUR

## Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 13/01/2020

## Observações Complementares

ORIENTO NECESSIDADE DE FISIOTERAPIA PRECOCE DO JOELHO ESQUERDO COM MOBILIDADE ATIVA E PASSIVA. RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS P/ DR. JONATAS BRITO

## Responsável

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES

Data: 13/01/2020

## CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050519	Urgência	28/11/2019 02:15	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050624	Procedimento Eletivo	09/01/2020 13:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILIANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL)	JONATAS BRITO DE ALENCAR NETO

## **ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que ALEX DE SOUSA LIMA foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 60 (sessenta) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 13 de Janeiro de 2020

CID: \_\_\_\_\_

CAIO DA SILVEIRA JALES

19325CRM

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL****IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome completo: CAIO DA SILVEIRA JALES

Conselho: 19325CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1<sup>a</sup> VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA2<sup>a</sup> VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: ALEX DE SOUSA LIMA

ENDEREÇO: AMADOR BUENO, 1120, JARDIM DAS OLIVEIRAS, FORTALEZA

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) CIPROFLOXACÍNQ 500MG -----30 CP  
TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 15 DIAS

DATA: 13/01/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ EMISSOR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Ass. Farmacêutico

Data



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota



**P/ ALEX DE SOUSA LIMA**

**SOLICITO**

FISIOTERAPIA MOTORA \_\_\_\_\_ 30 SESSÕES

- OBJETIVO:

- GANHO DE ADM DO JOELHO ESQUERDO ATIVO/ PASSIVAMENTE

- FORTALECIMENTO MUSCULAR

- ANALGESIA

- JUSTIFICATIVA: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO

-OBS: NÃO PISAR.

  
FORTALEZA, 13/01/2020



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055043/20

**Vítima:** ALEX DE SOUSA LIMA

**CPF:** 009.275.423-66

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/11/2019

**Titular do CPF:** ALEX DE SOUSA LIMA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALEX DE SOUSA LIMA : 009.275.423-66**

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: 10/02/2020  
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA  
CPF: 009.275.423-66

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

---

ALEX DE SOUSA LIMA

---

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087168/20

Número do Sinistro: 3200109969

Vítima: ALEX DE SOUSA LIMA

Data do acidente: 27/11/2019

CPF: 009.275.423-66

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DE SOUSA LIMA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 07/07/2020

Nome: ALEX DE SOUSA LIMA

CPF: 009.275.423-66

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020

Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE

CPF: 035.841.423-77

---

ALEX DE SOUSA LIMA

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087168/20

**Vítima:** ALEX DE SOUSA LIMA

**CPF:** 009.275.423-66

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/11/2019

**Titular do CPF:** ALEX DE SOUSA LIMA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALEX DE SOUSA LIMA : 009.275.423-66**

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: 10/03/2020  
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA  
CPF: 009.275.423-66

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

---

ALEX DE SOUSA LIMA

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055043/20

**Vítima:** ALEX DE SOUSA LIMA

**CPF:** 009.275.423-66

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/11/2019

**Titular do CPF:** ALEX DE SOUSA LIMA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALEX DE SOUSA LIMA : 009.275.423-66**

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: 10/02/2020  
Nome: ALEX DE SOUSA LIMA  
CPF: 009.275.423-66

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

---

ALEX DE SOUSA LIMA

---

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA