
Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625040

Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190625040 Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Data do Acidente: 09/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625040

Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: **LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003604**

Conta: **0000020743-1**

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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 812.123.133-72 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos Alves Ferreira

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

5 - Nome completo: Luiz Carlos Alves Ferreira 6 - CPF: 812.123.133-72
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Amazonas 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pinatininga 12 - Cidade: Paracatu 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 61.905-295
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 98927-9727

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:

☒ RECLAMO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3604 CONTA: 20743 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data 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(a)? ☐ 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 atestado]
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, Paracatu - CE 29/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 1579 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/09/2018 09:52:32**
Data / Hora da Ocorrência: **09/05/2018 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA NOSSA SENHORA APARECIDA**
Complemento: **JARDIM BANDEIRANTE**
Bairro: **HJARDIM BANDEIRANTE** Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA
Nascimento: 04/07/1980 CPF: 812.123.133-72
RG: 9600246003 Orgão Emissor: SSP UF:
Filiação: SYLVIA MARIA ALVES FERREIRA
NÃO DECLARADO
Endereço: RUA AMAZONAS, 360 CASA 2
Bairro: PIRATININGA
Município: MARACANAÚ/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: (85) 8621-8193

Historico

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUANDO VINHA COMO GARUPEIRO NA MOTO HONDA/CG 150 FAN ES1, ANO 22012, DE COR VERMELHA, CHASSI:9C2KCL670CR500581, DE PLACA:OHXS662-CE/MARACANAÚ, EM NOME DE FABRÍCIO CRISTINO LIMA RAMOS, DE PROPRIEDADE E PILOTADA PELO MESMO, QUANDO JÁM NA VIA UM VEÍCULO E MOTORISTA NÃO IDENTIFICADOS, TRANCOU O MOTOQUEIRO E O MESMO PERDEU O CONTROLE, QUANDO A VITIMA FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES QUE ACIONARAM O SAMU, QUE AO CHEGAR ENCAMINHOU A VITIMA PARA O HOSPITAL ABEMP, SENDO ATENDIDO COM TRAUMA NA COXA DIREITA E FRATURA DO FEMUR DIREITO, SENDO SUBMETIDO A UMA CIRURGIA, E MAIS NÃO DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

RODRIGO AURELIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7x

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 812.123.133-72 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos Alves Ferreira

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

5 - Nome completo: Luiz Carlos Alves Ferreira 6 - CPF: 812.123.133-72
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Amazonas 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pinatininga 12 - Cidade: Paracatu 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 61.905-295
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (85) 98927-9727

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:

☒ RECLAMO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3604 CONTA: 20743 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data 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(a)? ☐ 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 atestado)
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, Paracatu - CE 29/10/2019

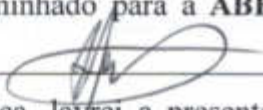
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

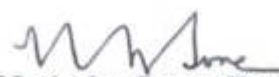
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA**, portador do RG 96002460003, inscrito no CPF 812.123.133-72, no dia 09/05/2018, às 10h40, no município de Maracanaú/CE, na rua Nossa Senhora Aparecida, nº 1120, Bairro Jardim Bandeirante, vítima de queda de motocicleta, sendo encaminhado para a **ABEMP - Associação Beneficente Médica Pajuçara**. E para constar eu,  Maria das Graças Fernandes Gomes, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 11 de Julho de 2018


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000020743-1

Nr. da Autenticação 4B17556A0B5B8BE8



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 558438890

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2857119 DV **3**

VENCIMENTO
24/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
119,96

Rota 12 026000 12 098200 Medidor 12236187 Poste 0000 0
Nome SYLVIA MARIA ALVES FERREIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora: RU AMAZONAS 00000 PIRATININGA MARACANAU 61905295

RG / CPF / CNPJ 976.496.003-00 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 19520 19382 1 138 0 138

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	138	0,72504	100,05

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 17/01/2019
Prev. Próxima Leitura 16/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

D77A.C841.3BED.0F61.E43F.AEDB.A738.1B1E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
100,05	27%	27,01

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	37,16
TRANSMISSÃO	3,96
DISTRIBUIÇÃO	21,17
ENCARGOS SETORIAIS	5,67
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	32,09

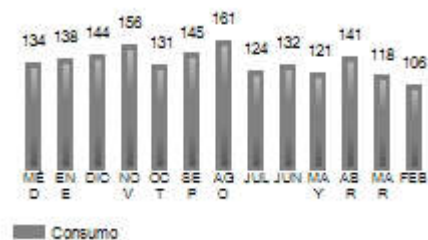
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 37,34
Conjunto

Mês: NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

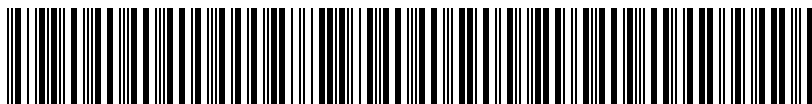
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 2857119-3 N° da Nota Fiscal: 558438890 Total a Pagar (R\$): 119,96
Data de Emissão: 30/01/2019 Referência: JAN/2019 N° de Controle: 0002857119 00171 4391 2 83

83800000001-7 19960031000-6 00028571190-3 01714391232-6



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FABRICIO CRISTINO LIMA RAMOS,
RG nº 2008009130019, data de expedição 29 / 03 / 2017,
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 050.930.133-90, com
domicílio na cidade de MARACANAÚ, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA 118, nº 31A,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA, cujo o condutor era
FABRICIO CRISTINO LIMA RAMOS.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA / CG 150 FAN ESI
Ano: 2012
Placa: DMX5662
Chassi: 9C2KC167DCR500581
Data do Acidente: 09/05/2018
Local e Data: 02/10/18 MARACANAÚ-CE


Fabricio Cristino Lima Ramos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO GUERREIRO Rua Cap. Valdemar de Lima Nº 123-Centro-Fone: 3371.1075 MARACANAÚ - CE	Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) <u>[assinatura]</u> Doutor Le Maracanaú	 02
	02 OUT. 2018	
	Girilânio Araújo Lopes - Substituta Leisneide Queiroz de Oliveira - Oficial	

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

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

Miz Contor Mues FERNANDES

vítima de acidente de trânsito, em 09/05/2018, sofreu:

Fratura do colo femoral direito
OID- 572.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Cirurgia
osteossintese, redução e fixação
da fratura, fisioterapia

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

Dores, desconforto no quadril
direito.

Fadiga, cansaço no membro
inferior direito.

Não ocorre, marcha
claudicante, dificuldade de
locomover, fadiga durante
limitado funcional muito forte
de membro.

Suspeita de lesão definitiva

11/1
19/08/19

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CREMEC 4411

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

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

De acordo com o Decreto 3.298/1999 e com a Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei 12764/12, Lei 13146/2015.

Nome:

CPF:

CID:

Origem da deficiência:

☐ Acidente de trabalho ☐ Congênita ☐ Adquirida em pós operatório ☒ Acidente comum ☐ Doença

Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais:

Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários:

☒ **I- Deficiência Física** - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo (altura: _____), outras (especificar).

☐ **II- Deficiência Auditiva** - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ

Obs: Anexar audiograma☐ **III- Deficiência Visual**

() cegueira - acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
() baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
() somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.

Obs: Anexar laudo oftalmológico, utilizar tabela Snellen para avaliar acuidade visual.

☐ **III a- Visão Monocular**- conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista).

☐ **IV- Deficiência Intelectual**- funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:

- ☐ a) - Comunicação;
☐ b) - Cuidado pessoal;
☐ c) - Habilidades sociais;
☐ d) - Utilização de recursos da comunidade;
☐ e) - Saúde e segurança;
☐ f) - Habilidades acadêmicas;
☐ g) - Lazer;
☐ h) - Trabalho.

Idade de Início: _____

Obs: Anexar laudo do especialista.

☐ **IV a- Deficiência Mental** – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, outras limitações psicossociais. Informar se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença (assinalar também as limitações para habilidades adaptativas no quadro acima). **Obs: Anexar laudo do especialista.**

☐ **IV b- Deficiência Mental** – Lei 12764/2012 – Espectro Autista **Obs: Anexar laudo do especialista.**

☐ **V- Deficiência Múltipla** - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)

Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com alterações do Dec. 5296/2004, Lei 12764/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009 e recomendações da IN 98/SIT/2012.

Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade

Estou ciente de que estou sendo enquadrado na lista de pessoas com deficiência/reabilitados da empresa. Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Data:

Assinatura do avaliado:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante	CNES
Associação Beneficente Médica Pajuçara	2372150
Nome do Estabelecimento Executante	CNES
Associação Beneficente Médica Pajuçara	2372150

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nome Social		Nº Prontuário
LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA				6127
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Data de Nascimento	Sexo	Possui outro Convênio	
703001847278379	04/07/1980	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	☐ Sim ☒ Não	
Nome da Mãe ou Responsável		DDD	Telefone de Contato	
SYLVIA MARIA ALVES FERREIRA		85	87088017	
Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)	
MARACANAU	CE	BRASILEIRA	AMAZONAS	
Nº	Bairro	Município de Residência	Código IBGE do Município	UF CEP
360	PIRATININGA	MARACANAU	2307650	CE 61910000
Porto de Referência	Documento	CPF	RG	R.Civil
	Nº			

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Id. do abd. flex. 1)

Condições que justificam a internação

R2 + C. 1145

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Nódulo Complementar

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Caráter de Internação	Clinica	Equipamentos Requeridos para Internação
	☒ 2 ☒ U/E ☐ Eletivo	TRAUMATOLOGIA	

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante	Documento	Nº Documento (CNS/CRM) do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Conselho de Classe
WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA	☒ CPF	27993485991	7841
Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe	Data Desejada para Internar	
09/05/2018		09/05/2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ AC DE TRANSITO	CNPJ da Instituidora	Número do Bihete	Série
☐ ACID. TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
☐ AC TRAB./TRAJETO			

Vínculo com a Previdência

☒ Empregado	☐ Empregador	☐ Autônomo	☐ Desempregado	☐ Aposentado	☐ Não
---	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

Nome do Profissional Autorizador

Documento	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador
☐ CPF ☐ CNS	
Data da Autorização	Código do Órgão Emissor
	M23C
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Aut)

Walter Candido de Oliveira

Id. do abd. flex. 1)



NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
Leiz Carlos Alves FROTA	12.1		
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
12/05/18	Paciente Carlos Alves, 37a. Evolui consciente, orientado, verbalizando, aceita dieta via oral oferecida, necessidade fisiológicas presentes. Sem queixas de dor no momento. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.		
13/05/18	Paciente, 37a, mantida evoluindo consciente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio, aceita dieta via oral. Necessidades fisiológicas presentes. AVP em NSE. Segue aos cuidados da enfermagem.		
14/05/18	Paciente, 37a, mantida evoluindo consciente, orientado, verbalizando, deambula com auxílio, aceita dieta via oral, não expirou dor no momento. AVP em NSE. Necessidades fisiológicas presentes. Paciente foi inserido na central de vagas. Segue aos cuidados da enfermagem.		

COSSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIOS
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAU DE AZÚCAR - ABEMPI
Rua João Conrado, Nº 363 - Paçuca
CEP: 61.941-330
COORDENADOR
MARACANAÚ

Fco. José Bezerra da Silva
Enfermeiro
CRM: 400537/CE

Fco. José Bezerra da Silva
Enfermeiro
CRM: 400537/CE

Fco. José Bezerra da Silva
Enfermeiro
CRM: 400537/CE



NOME DO PACIENTE

Luiz Carlos Alves Ferreira

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

ENF. OU APTO.

1.2.1

LEITO

PRONTUÁRIO

09/05/18

Paciente, 34 anos. Admitido nesta unidade por fratura proximal em
região de fêmur. Queixando-se de dores, externalizada por
gemidos e qüeto medicado conforme prescrição médica. Segue sob os
cuidados da equipe.

30/05/18

Paciente, 34 anos. Coniente, hidratado, verbalizando, vestindo-se
leite, aceita dieta via oral. Segue sob cuidados, AVP em MSE. medicado
conforme prescrição médica. Segue sob cuidados da enfermagem.

33/05/18

Paciente, 34 anos. No 3º DIH por fratura proximal em região
de fêmur. Enxuto coniente, orientado, hidratado, cênado, afável,
eupneico em aa. Aceita dieta via oral oferecida. AVP em MSE, Peter
dor, medicado conforme prescrição médica. Segue sob cuidados
da enfermagem.

COMISSÃO REVISORA DO PRONTUÁRIO
CONFERIDO COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DO CEARÁ
Rua João Contrado, Nº 362 - F.A. - Matacuru - Ceará
CEP: 61.940-000
16/05/2018
Fco. José Bezerra da Silva
Coordenador de Enfermagem
C.O.E. 400537/CE

Fco. José Bezerra da Silva
Especialista em Enfermagem
COREN 400537/CE

Fco. José Bezerra da Silva
Especialista em Enfermagem
COREN 400537/CE

Dr. LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Idade: 37-M RG

CPF:

Dr. WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

Controle de Qualidade:



Programa
Nacional de
Controle de
Qualidade

PNCQ

Atendimento: 39-008158

Convênio: CONVENIO ABEMP

Coleta: 24-05-2018

Emissão: 24-05-2018

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.
HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO

Equipamento: Sysmex

Modelo: Automação Dxt 1800 - Beckman Coulter

ERITROGRAMA

Valores Encontrados:
Hemoglobina: 4,37 milhões/mm³
Hematócrito: 13,7 g/dL
Hemácrito: 41,2 %
VCM: 94,3 fL
HCM: 31,4 pg
CHCM: 33,3 %
RDW: 13,7 %

Valores de Referência:
4,30 a 6,00 milhões/mm³
13,5 a 17,5 g/dL
41,0 a 54,0 %
78,0 a 98,0 fL
25,5 a 33,0 pg
32,0 a 36,0 %
11,0 a 15,0 %

Hemácias Normocíticas e Normocrômicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global: 8.410 céls./mm³
Neutrófilos: 58 % 4.878 /mm³
Linfócitos: 0 % 0 /mm³
Monócitos: 0 % 0 /mm³
Eosinófilos: 0 % 0 /mm³
Basófilos: 0 % 0 /mm³
Plaquetas: 58 % 4878 /mm³
Hemácias: 7 % 589 /mm³
Hemoglobina: 0 % 0 /mm³
Hematócrito: 26 % 2187 /mm³
Hemácrito: 9 % 757 /mm³

Valores de Referência:
4.000 a 11.000 céls./mm³
40,0 a 70,0 %
0,0 a 0,0 %
0,0 a 0,0 %
0,0 a 0,0 %
0,0 a 0,0 %
40,0 a 70,0 %
1,0 a 6,0 %
0,0 a 2,0 %
20,0 a 50,0 %
2,0 a 10,0 %

Leucócitos sem alterações qualitativas.
Ausência de atipias linfocitárias.

PLAQUETAS: 338.300 /mm³
VCM: 7,8 fL

150.000 - 450.000/mm³
6 - 13 fL
6 - 13 fL

Plaquetas morfolologicamente normais.

*** ATENÇÃO PARA NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA DE ACORDO COM IDADE E SEXO DO PACIENTE ***

Dr. João Pedro Queiroz de Andrade - CRM: 6835
Responsável técnico pelo laboratório

Dra. Anna Maria de Lima Silva Moraes - CRM: 8297
Responsável pelo exame

Este laudo foi assinado digitalmente sob o nº 776A5DC0FD3254D35E2E450AB22AA397

MG LABORATÓRIO



Paciente: **LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA**

Idade/Sexo: **37-M** RG

CPF

Médico(Dr(a)): **DIONISIO B. LAPA FILHO**

Referência

Atendimento: **39-008126**

Convênio: **CONVENIO ABEN**

Coleta: **11/04/2011**

Emissão: **11/04/2011**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO

Material: **Sangue**

Método: **Automação DxH 500 - Beckman Coulter**

ERITROGRAMA

	Valores Encontrados
Hemácias....:	4,41 milhões/mm³
Hemoglobina:	14,2 g/dL
Hematócrito:	42,8 %
V.C.M.....:	97,1 fL
H.C.M.....:	32,2 pg
C.H.C.M.....:	33,2 %
R.D.W.....:	13,5 %

Valores de Referência:

4,30 a 6,00 milhões/mm ³
13,5 a 17,6 g/dL
41,0 a 54,0 %
78,0 a 98,0 fL
25,5 a 33,0 pg
31,0 a 36,0 %
11,0 a 15,0 %

Hemácias Normocíticas e Normocrômicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global:	9.780	céls./mm³
Neutrófilos.....:	64 %	6.259 /mm³
Promielócitos.....:	0 %	0 /mm³
Mielócitos.....:	0 %	0 /mm³
Metamielócitos.....:	0 %	0 /mm³
Bastões.....:	0 %	0 /mm³
Segmentados.....:	64 %	6259 /mm³
Eosinófilos.....:	7 %	685 /mm³
Basófilos.....:	0 %	0 /mm³
Linfócitos.....:	19 %	1858 /mm³
Monócitos.....:	10 %	978 /mm³

Valores de Referência:

4.000 a 11.000 céls./mm ³
40,0 a 70,0 %
0,0 a 0,0 %
0,0 a 0,0 %
0,0 a 0,0 %
0,0 a 0,0 %
0,0 a 5,0 %
40,0 a 70,0 %
1,0 a 6,0 %
0,0 a 2,0 %
20,0 a 50,0 %
2,0 a 10,0 %

Leucócitos sem alterações qualitativas.
Eosinofilia relativa e absoluta.

PLAQUETAS.....: **358.000 /mm³**
MPV.....: **7,9 fL**

Plaquetas morfológicamente normais.

*** ATENÇÃO PARA NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA DE ACORDO COM IDADE E SEXO DO PACIENTE ***

Dr. João Pedro Queiroz de Andrade - CRBM 6835
Responsável técnico pelo laboratório

Dra. Anna Maria de Lima Silva Moraes - CRBM 1201
Responsável pelo exame

Este laudo foi assinado digitalmente sob o nº **776A5DC0FD3254D35E2E450AB22AA397**

UNIDADE TÉCNICA DE MARACANAÚ: 08.0571-7824 / 3381-3119
Rua 48, Número 51 - Jardim São João - Maracanã - RJ CEP: 41.901-001
RT: João Pedro Queiroz de Andrade - CPF: 000.201.979-51 CRM: 6835
Certificado de regularidade do CRM, nº 1, número 2010/014240, datado de 2010, fornecido por

Obediência
Operação - Cor
3. Jovem M. B. B. B.
Cor
3. J. P. M. A. S. C. M. A. S.
Cor
3. J. P. M. A. S. C. M. A. S.
Cor

Reg. 14 - Flávio de Oliveira
 CRM 7841
 Cirurgião/Traumato.

Cirurgião	Assinatura e Carimbo
Assistente	Assinatura e Carimbo
3º Auxiliar	Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

Relatar as causas que justificam a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAUCARÁ - BEMP
 Rua João Conrado, Nº. 363 - Paucará
 CEP: 61.941-330
 COORDENAÇÃO
 MARACANÃ - CE 16.04.13

Hospital: Asim Código: _____
Procedimento: Tratamento de Fratura Cód. Procedimento: _____
Paciente: Luiz Carlos Almeida
Data da Cirurgia: 08/06/18 Nº prontuário: _____
Cirurgião: Dr. Valter Código: _____
Convênio: _____
() Reposição () Caixa Prontuário

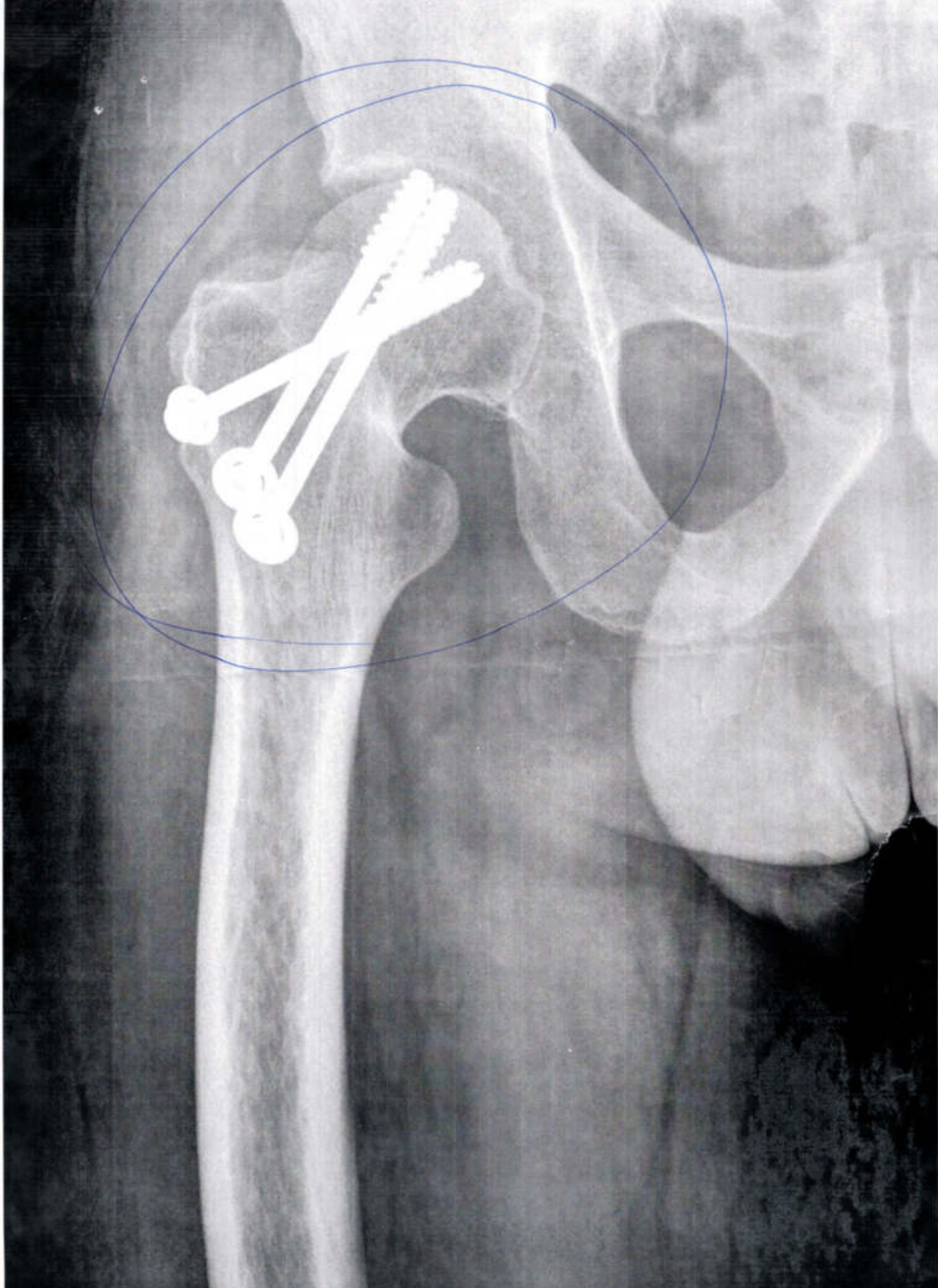
DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. ROPM	Valor Unit.	Valor Total
03	Arâmado			

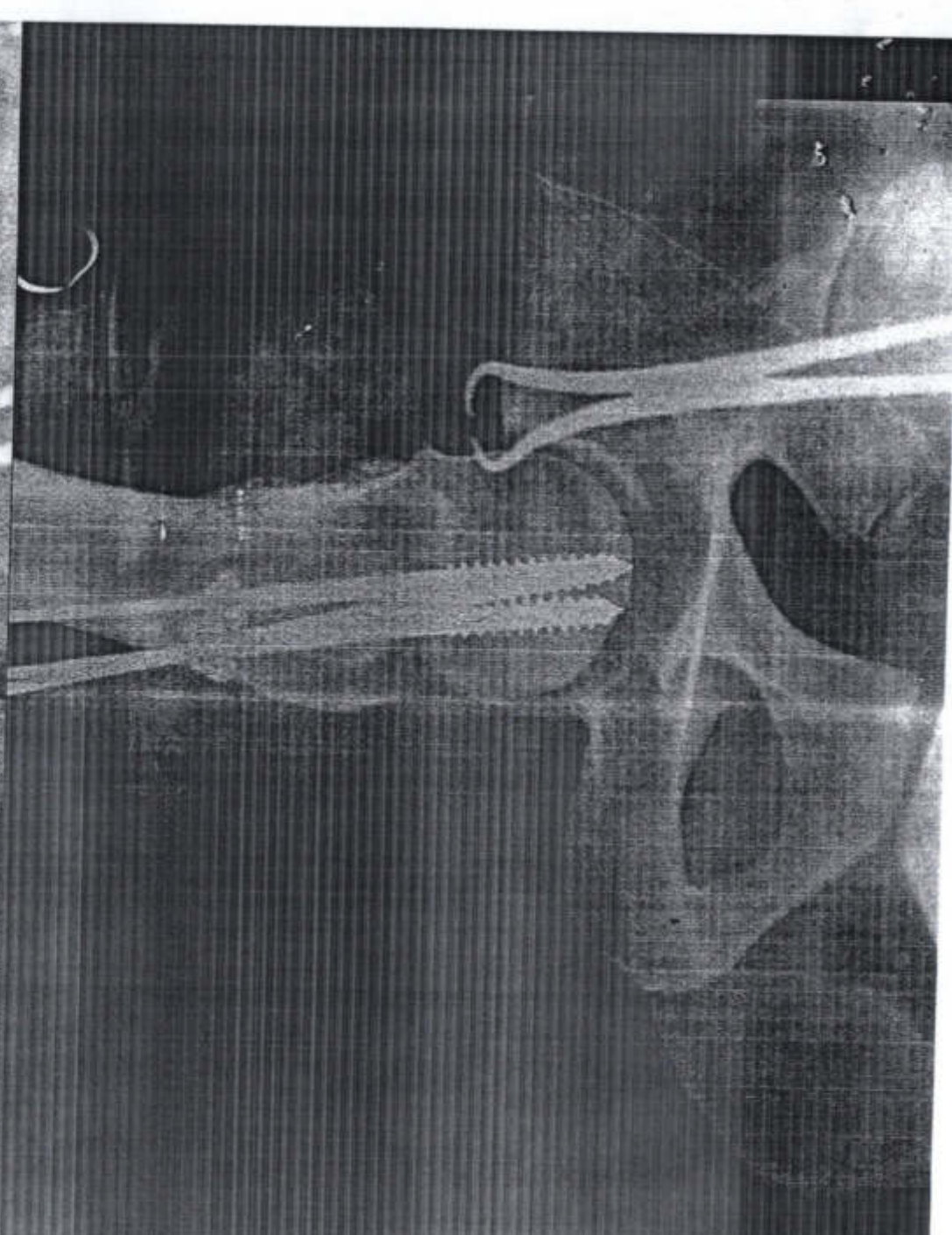
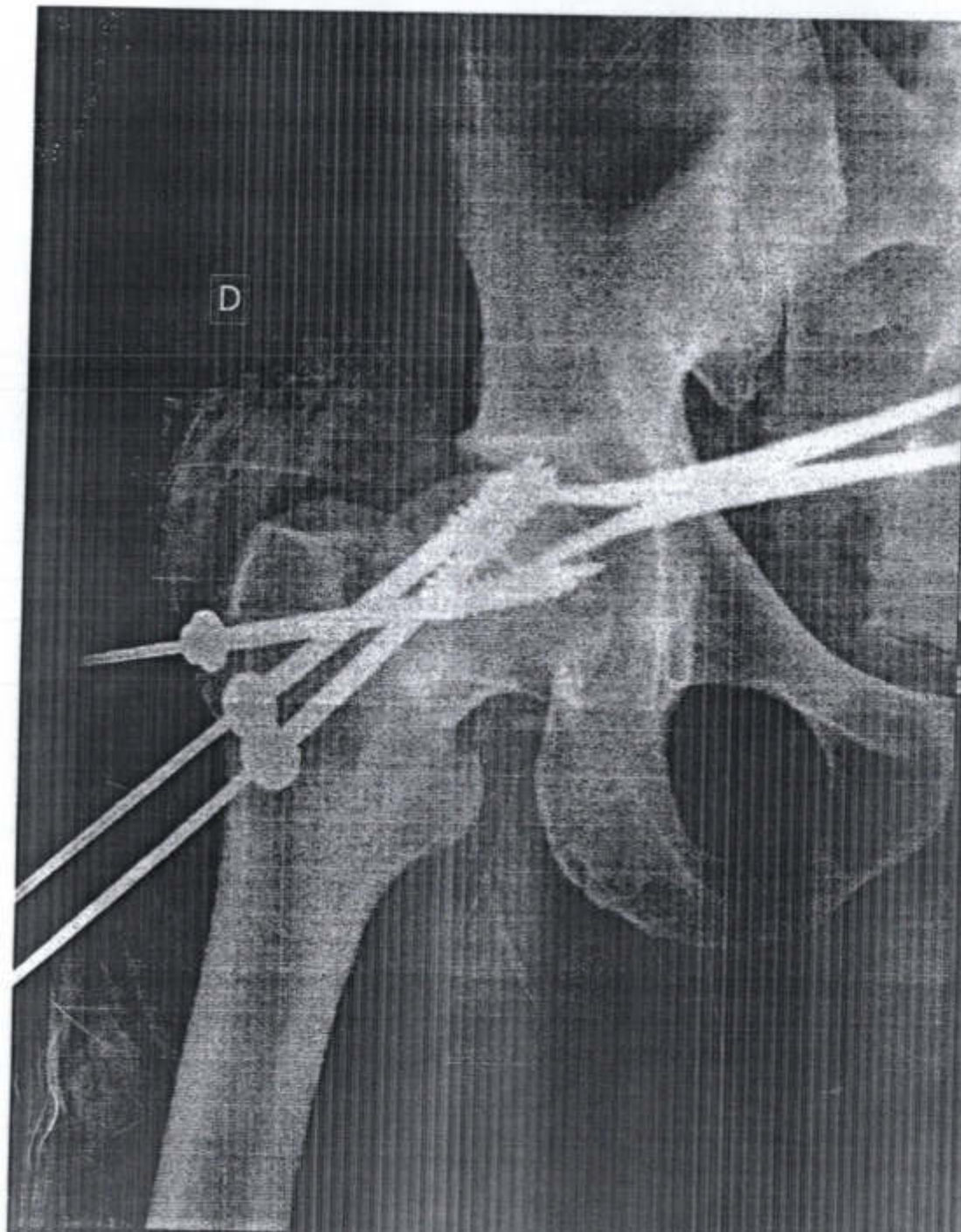
ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Canulado (7.0) mm	Nº	80							
	Qtd.	03							
	Cód.								

ETIQUETAS:



D



D

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERCEPÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E SOCIAL BIONOMÉTRICA

Carteira de Identidade

Luiz Carlos Alves Ferreira

Foto

Polgar Direito

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 96002460003

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/2014

NOME

LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

PERCEPÇÃO

SYLVIA MARIA ALVES FERREIRA

NATURALIDADE

MARACANAÚ - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/07/1980

DOC. ORDEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: GUERREIRO TERMO: 9296 FOLHA: 49 V

LIVRO: A-9 MARACANAÚ - CE

CPF 812.123.133-72

2 - VIA

Assinatura do Diretor

P.: 13

LEI Nº 7.116 DE 25/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013789918996
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 453572090 00000000000 2018

FABRICIO CRISTINO LIMA RAMOS
MARACANAÚ/CE

05093013390
PLACA ANT/UF
9C2K1670CR500581

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO
HONDA/CG 150 FAN EST 2012 2012
2P/0CV/149CC PARTIC VERMELHA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65
ICF (R\$) 0.70
PREMIO TOTAL (R\$) 185.50
DATA DE PAGAMENTO 28/02/2018

PARCELAMENTO/COTAS 3
VENIC/COTAS 1
VENIC/COTAS 2
VENIC/COTAS 3

MARACANAÚ
LOCAL
23/03/2018

CEN Nº 013789918996 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05093013390
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

013789918996 52908558250

01 05093013390
RENAVAM
453572090
HONDA/CG 150 FAN EST
2012 09 9C2K1670CR500581

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) 9.03
CUSTO DO BILHETE (R\$) 90.33
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
TOTAL BILHETE E SEGURO (R\$) 185.50

4.15
COTA UNICA
DATA DE QUITAÇÃO 28/02/2018

LOTE/DCC: 207289774
MOTOR: KCL167C500581
R.E.: 18069399

OUT-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625040 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do colo do fêmur direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 5°, abdução aos 10°, adução aos 5°, rotação medial aos 15°, rotação lateral aos 10°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura 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 quadril direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do colo do fêmur direito, conforme documentos de pronto atendimento de 09/05/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou alteração do mecanismo coxofemoral com redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no quadril direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em quadril direito, em grau intenso, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima já indenizada em sinistro anterior de nº 2014255228, data do acidente 26/11/2013, em razão de 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, em grau médio, devido à trauma cranioencefálico e fratura do complexo zigomático.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**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: 3190625040

Nome do(a) Examinado(a): LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Amazonas, 0, , 61.905-295, Piratininga, Maracanaú/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 9600246003

Data e local do acidente: 09/05/2018 - Maracanaú/CE

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

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do colo do fêmur direito.

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, tratamento medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no quadril direito, 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 quadril direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 5°, abdução aos 10°, adução aos 5°, rotação medial aos 15°, rotação lateral aos 10°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura 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 quadril 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

Perda parcial e incompleta em quadril direito, com redução da força e 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 às regiões corporais acometidas.

Quadril Direito - Intenso - 75%

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


Dr. Grete Freitas Casalsante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625040 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do colo do fêmur direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 40°, extensão aos 5°, abdução aos 10°, adução aos 5°, rotação medial aos 15°, rotação lateral aos 10°, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura 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 quadril direito.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do colo do fêmur direito, conforme documentos de pronto atendimento de 09/05/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de fixação da fratura, tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão apresentou alteração do mecanismo coxofemoral com redução da força e mobilidade. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no quadril direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em quadril direito, em grau intenso, com redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima já indenizada em sinistro anterior de nº 2014255228, data do acidente 26/11/2013, em razão de 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, em grau médio, devido à trauma cranioencefálico e fratura do complexo zigomático.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625040 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P8,11,13)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 50% DO QUADRIL DIREITO.

@(P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625040 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P8,11,13)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 50% DO QUADRIL DIREITO.

@(P1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379326/19

Vítima: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

CPF: 812.123.133-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA : 812.123.133-72

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: 30/10/2019
Nome: LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA
CPF: 812.123.133-72

LUIZ CARLOS ALVES FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS