
Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA DA SILVA

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\$ 5.062,50
Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%	
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 =	R\$ 5.062,50

Recebedor: **EZEQUIEL LIMA DA SILVA**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000099517742-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 20/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/04/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

629 777 653 95

4 - Nome completo da vítima:

Ezequiel Lima da Silva

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

5 - Nome completo:

Ezequiel Lima da Silva

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua Helvécio de Brito

6 - CPF:

629 777 653 - 95

11 - Bairro:

alto algar

12 - Cidade:

mona cona

9 - Número:

3867

10 - Complemento:

cora

15 - E-mail:

13 - Estado:

cora

14 - CEP:

60875 - 315

16 - Tel. (DDD):

08598739 8737

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2879

7

CONTA:

50212

(Informar o dígito se existir)

X

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

FORTALEZA CEARA 26/01/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020982694



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 3841 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/12/2020 14:04:48**
Data / Hora da Ocorrência: **20/09/2020 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R SAN DIEGO, PQ GUADALAJARA - JUREMA CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **EZEQUIEL LIMA DA SILVA**
Nascimento: **29/09/2001** CPF: **629.777.653-95** UF: **CE**
RG: **20090404569** Órgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA LUCILEIDE LIMA DA SILVA**
ABIÚDE ALVES DA SILVA
Endereço: **RUA HELENO DE FREITAS, 1867** CEP:
Bairro: **ALTO ALEGRE II**
Município: **MARACANAÚ/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HUY3338 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2MC35007R000128 Renavam: 900956437 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CBX 250 TWISTER Ano Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: RAIMUNDO RODRIGUES DUARTE Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISÃO

Histórico

Informa o declarante que no dia, hora e local acima citados seguia pilotando a motocicleta acima descrita, quando outro veículo, tipo carro, não identificado, avançou a via preferencial, onde o declarante estava trafegando; QUE nessa hora o declarante perdeu o controle da motocicleta, após colidir com aquele veículo, vindo a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido por meios próprios ao Hospital Frotonha de Antonio Bezerra, em Fortaleza/CE, onde foi atendido, bem como onde foi submetido a procedimento cirúrgico que amputou dedos de seu pé esquerdo. Nada mais disse.
//////////

////////// O declarante fica ciente que provocar a ação de Autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção, que sabe não se ter verificado, é crime previsto no art. 340 do Código Penal, com pena de detenção, de um a seis meses, ou multa. //////////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2020982694



BOLETIM DE Ocorrência Nº 118 - 3841 / 2020

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

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

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:

629 777 653 95

4 - Nome completo da vítima:

Ezequiel Lima da Silva

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

5 - Nome completo:

Ezequiel Lima da Silva

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua Helvécio de Brito

6 - CPF:

629 777 653 - 95

11 - Bairro:

alto algar

12 - Cidade:

mona cona

9 - Número:

3867

10 - Complemento:

cora

15 - E-mail:

13 - Estado:

cora

14 - CEP:

60875 - 315

16 - Tel. (DDD):

08598739 8737

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2879

7

CONTA:

50212

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

FORTALEZA CEARA 26/01/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000099517742-2

Nr. da Autenticação C09F20D704E0AF95



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA AURILENE LEITE DA SILVA
RUA HELENO DE FREITAS, 1867, ALTO ALEGRE
MARACANAÚ - CEP: 60875-315

Codificação: 146.072.0008.0120.0000.00.00
Padrão do imóvel: BÁSICO

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 00

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual
ÁGUA	A19N741672	88	97

DATAS

Leitura atual: 22/01/2021
Leitura anterior: 22/12/2020
Emissão: 22/01/2021
Próxima leitura: 20/02/2021

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A 11/2020

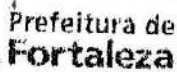
No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes
Exigidas	133	133	042	133
Analisadas	148	148	148	148
Em conformidade	148	146	147	144

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

Valor (R\$)

28,30



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE EZEQUIEL LIMA DA SILVA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 264214		Nº DO BE 379995	
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2009040456-9		NASCIMENTO 29/09/2001 (18 ANOS)		SEXO M		RAÇA/COR PARDO	
NOME RESPONSÁVEL PRIMO-JORDAN		ENDEREÇO RUA HELENO DE FREITAS 1867 ALTO ALEGRE II		NOME MÃE MARIA LUCILEIDE LIMA DA SILVA			
MUNICÍPIO MARACANAÚ		UF CE		CONTATO (85)99801-9939			
CEP 61.921-380							
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE				OCORRÊNCIA			
QUEIXA TRAUMA NO PE E DOR APOS COLISAO HA 01 HORA				CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
SINTOMAS NI				MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO			
				ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SINAIS VITAIS SAT O2 NI%		PULSO NI	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NI				GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENA AAAAA				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 20/09/2020 17:05:04	
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA				ÁREA ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO MÉDICO							
<i>Diagnóstico: fratura de antebraço direito, fratura de punho direito, contusão de tornozelo direito, contusão de tornozelo esquerdo.</i> <i>Cond. Procedimento: 86.22.01.0001, 86.22.01.0002, 86.22.01.0003, 86.22.01.0004, 86.22.01.0005, 86.22.01.0006, 86.22.01.0007, 86.22.01.0008, 86.22.01.0009, 86.22.01.0010, 86.22.01.0011, 86.22.01.0012, 86.22.01.0013, 86.22.01.0014, 86.22.01.0015, 86.22.01.0016, 86.22.01.0017, 86.22.01.0018, 86.22.01.0019, 86.22.01.0020, 86.22.01.0021, 86.22.01.0022, 86.22.01.0023, 86.22.01.0024, 86.22.01.0025, 86.22.01.0026, 86.22.01.0027, 86.22.01.0028, 86.22.01.0029, 86.22.01.0030, 86.22.01.0031, 86.22.01.0032, 86.22.01.0033, 86.22.01.0034, 86.22.01.0035, 86.22.01.0036, 86.22.01.0037, 86.22.01.0038, 86.22.01.0039, 86.22.01.0040, 86.22.01.0041, 86.22.01.0042, 86.22.01.0043, 86.22.01.0044, 86.22.01.0045, 86.22.01.0046, 86.22.01.0047, 86.22.01.0048, 86.22.01.0049, 86.22.01.0050, 86.22.01.0051, 86.22.01.0052, 86.22.01.0053, 86.22.01.0054, 86.22.01.0055, 86.22.01.0056, 86.22.01.0057, 86.22.01.0058, 86.22.01.0059, 86.22.01.0060, 86.22.01.0061, 86.22.01.0062, 86.22.01.0063, 86.22.01.0064, 86.22.01.0065, 86.22.01.0066, 86.22.01.0067, 86.22.01.0068, 86.22.01.0069, 86.22.01.0070, 86.22.01.0071, 86.22.01.0072, 86.22.01.0073, 86.22.01.0074, 86.22.01.0075, 86.22.01.0076, 86.22.01.0077, 86.22.01.0078, 86.22.01.0079, 86.22.01.0080, 86.22.01.0081, 86.22.01.0082, 86.22.01.0083, 86.22.01.0084, 86.22.01.0085, 86.22.01.0086, 86.22.01.0087, 86.22.01.0088, 86.22.01.0089, 86.22.01.0090, 86.22.01.0091, 86.22.01.0092, 86.22.01.0093, 86.22.01.0094, 86.22.01.0095, 86.22.01.0096, 86.22.01.0097, 86.22.01.0098, 86.22.01.0099, 86.22.01.0100, 86.22.01.0101, 86.22.01.0102, 86.22.01.0103, 86.22.01.0104, 86.22.01.0105, 86.22.01.0106, 86.22.01.0107, 86.22.01.0108, 86.22.01.0109, 86.22.01.0110, 86.22.01.0111, 86.22.01.0112, 86.22.01.0113, 86.22.01.0114, 86.22.01.0115, 86.22.01.0116, 86.22.01.0117, 86.22.01.0118, 86.22.01.0119, 86.22.01.0120, 86.22.01.0121, 86.22.01.0122, 86.22.01.0123, 86.22.01.0124, 86.22.01.0125, 86.22.01.0126, 86.22.01.0127, 86.22.01.0128, 86.22.01.0129, 86.22.01.0130, 86.22.01.0131, 86.22.01.0132, 86.22.01.0133, 86.22.01.0134, 86.22.01.0135, 86.22.01.0136, 86.22.01.0137, 86.22.01.0138, 86.22.01.0139, 86.22.01.0140, 86.22.01.0141, 86.22.01.0142, 86.22.01.0143, 86.22.01.0144, 86.22.01.0145, 86.22.01.0146, 86.22.01.0147, 86.22.01.0148, 86.22.01.0149, 86.22.01.0150, 86.22.01.0151, 86.22.01.0152, 86.22.01.0153, 86.22.01.0154, 86.22.01.0155, 86.22.01.0156, 86.22.01.0157, 86.22.01.0158, 86.22.01.0159, 86.22.01.0160, 86.22.01.0161, 86.22.01.0162, 86.22.01.0163, 86.22.01.0164, 86.22.01.0165, 86.22.01.0166, 86.22.01.0167, 86.22.01.0168, 86.22.01.0169, 86.22.01.0170, 86.22.01.0171, 86.22.01.0172, 86.22.01.0173, 86.22.01.0174, 86.22.01.0175, 86.22.01.0176, 86.22.01.0177, 86.22.01.0178, 86.22.01.0179, 86.22.01.0180, 86.22.01.0181, 86.22.01.0182, 86.22.01.0183, 86.22.01.0184, 86.22.01.0185, 86.22.01.0186, 86.22.01.0187, 86.22.01.0188, 86.22.01.0189, 86.22.01.0190, 86.22.01.0191, 86.22.01.0192, 86.22.01.0193, 86.22.01.0194, 86.22.01.0195, 86.22.01.0196, 86.22.01.0197, 86.22.01.0198, 86.22.01.0199, 86.22.01.0200, 86.2</i>							

Impresso por MARIA HELENA em 20/09/2020 às 17:05:09
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL.

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HPM

José Marcelo Vidal Porto
 Médico - Traumatólogo
 CREMEC: 6590



Prefeitura de
Fortaleza

20/09/2020

Internação

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Hospital Distrital Evandro Ayres De Moura Antônio Bezerra** CNES: **2516683**

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: CNES:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **EZEQUIEL LIMA DA SILVA** PRONTUARIO **264214**

NUM. RESERVA: SOLICITACAO: NUM. AIH: RAE: SPA:

CARTAO NACIONAL DE SAUDE: **+008069 9002 1087** NASC.: **29/09/2001** SEXO: **M** RACA/COR: **PARDO**

NOME MAE: **MARIA LUCILEIDE LIMA DA SILVA** CONTATO: **(85)99801-9939**

NOME RESP.: **PRIMO-JORDAN** CONTATO: **NI**

ENDEREÇO: **Rua Heleno de Freitas 1867 Alto Alegre II** CONTATO: **NI**

MUNICIPIO: **Maracanaú** COD. IBGE: UF: **CE** CEP: **61.921-380**

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

*trauma antep. Rsf -
deformidade de antep. (R) e expostas estas -
Rsf.*

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO:

necessita trat. cirurgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

manuseio exp. (Rsf) e Rsf

DIAGNOSTICO: *fratura exp. (Rsf)* CID 10 PRINCIPAL: CID 10 SECUNDARIO: CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: CODIGO DO PROCEDIMENTO:

CLINICA: CARATER DA INTERNACAO: DOCUMENTO: ☐ CNS ☐ CPF No. DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: DATA SOLICITACAO: ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

☐ ACIDENTE DE TRANSITO CNPJ DA SEGURADORA: No. DO BILHETE: SERIE:

☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO CNPJ DA EMPRESA: CNAE DA EMPRESA: CBOR:

☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

VINCULO COM A PREVIDENCIA: ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTONOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NAO SEGURADO

AUTORIZACAO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: COD. ORGÃO EMISSOR: DATA SOLICITACAO: **20-09-2020 17:09:00**

DOCUMENTO: ☐ CNES ☐ CPF No. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: No. DA AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR: **16000085599**

DATA DA AUTORIZACAO: ASSINATURA E CARIMBO (No. REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1a via - SMS e 2a via - Prontuário do paciente

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: EZEQUIEL LIMA DA SILVA		Pront: 264214
DATA DA CIRURGIA: 01/10/2020	UNIDADE:	LEITO:
CIRURGIÃO: DR. GLAUTER CARLOS FÉLIX	1º AUX.: DR. NELSON MATIAS	2º AUX.:
AUX. CIRCULANTE:	AUX. INSTRUMENTADORA:	
ANESTESISTA: DR. RAIMUNDO SIMEÃO	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: NECROSE DE ANTEPÉ ESQ		
TIPO DE CIRURGIA:	AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO PÉ e TRATAMENTO CIRÚRGICO DE	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	3.07.29.01-7	OSTEOMIELITE 3.07.29.03-3
O mesmo		
EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO:		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:		
DESCRIÇÃO		
ACHADOS: VERIFICADO NECROSE DE ANTEPÉ INCLUINDO 4º E 5º PODODÁCTILOS, TECIDOS DESVITALIZADOS EM ANTEPÉ, E EXPOSIÇÃO E NECROSE DE TENDÕES EXTENSORES E FRATURA DE 4º E 5º METATARSOS DO PÉ ESQ		
1) PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS 3) VERIFICADO TECIDOS DESVITALIZADOS AO NÍVEL DO ANTEPÉ, REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO COM REMOÇÃO DE TECIDOS DESVITALIZADOS EM ANTEPÉ 4) AMPUTAÇÃO DE 4º E 5º PODODÁCTILOS 5) CURETAGEM ÓSSEA + CRUENTIZAÇÃO DO FOCO 6) LAVAGEM EXAUSTIVA COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 7) REALIZADO TENODESE FLEXOR-EXTENSOR + PREPARAÇÃO DE COXIM DE PARTES MOLES 8) APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA 9) CURATIVO ESTÉRIL 10) ENCAMINHADO À SR em BEG		

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
 ATESTO QUE CÚPIA CONFERE COM ORIGINAL


Marcia Ramos
 Mat. 45832
 Coordenador do SANE - HDEAM

Dr. GLAUTER CARLOS FÉLIX
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 14059 / SBOT 15414



FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME		PRONTUARIO		DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO
DIAGNÓSTICO		OBSERVAÇÕES						
DATA	EVOLUÇÃO							
20/09/20	Intubado c/ fent exposto Antepé (R) G.A tipo II Cd Antimict. e encunhado p/ C. Linípro							
20/09/20	paciente operado, fent exposto co. fent							
Dr. Marco Antônio Araújo Costa		Ortopedia / Traumatologia CRM: 6422						Atestado de Evolução de Paciente ATTESTO QUE ESTA CONFERE COM ORIGINAL
21/09/20	Paciente des entrada na unidade de internação 45632 após procedimentos cirúrgicos. Não queixas e alívio segue em unidade de equipe							
21/09/20	1º P.O Exame de Haver fech reg OB							
Dr. José Manoel Vidal Porto		Médico - Traumatologia CREMEC: 6590						Marcia Ramos 45632 Unidade de Internação SAME - HDEAM



FICHA DE EVOLUÇÃO DE PACIENTE - FEP

NOME										
PRONTUARIO	DATA DO NASCIMENTO	ENFERMARIA	LEITO	DATA DO INTERNAÇÃO	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO					
DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES									

20/09/20
18:10h
Intencional c/ frnt exposta
Anelpe (R)
G.4 tipo II
Cd. Antibiótico
encaminhado p/ C. Cirúrgico

21/03/2020 Paciente operado,
co frnt

José Marcelo Vidal Porto
Médico - Traumatologia
CREMEC: 6598

Dr. Marco Antônio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 6422

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CONFERE COM ORIGINAL

21/09/20 Paciente deu entrada na unidade de internação
após procedimento cirúrgico. Não queixas e avaliação
segue na unidade de equipe.

Marcia Ramos
45632

21/09/20 1º P.O.
Exame de frnt e frnt exposta
sem alterações
ob

José Marcelo Vidal Porto
Médico - Traumatologia
CREMEC: 6598



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Ezequiel Lima da Silva
 DATA DA CIRURGIA: 20/03/2020 UNIDADE: _____ LEITO: _____
 CIRURGIÃO: Marco Antônio 1º AUX.: _____ 2º AUX.: _____
 AUX. CIRCULANTE: _____ AUX. INSTRUMENTADORA: _____
 ANESTESISTA: Dr. Jackson TIPO DE ANESTESIA: Raqui
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta do fêmur
 TIPO DE CIRURGIA: debridamento + fixação
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: sem lesão
 EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO: OK
 INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA: nenhuma

DESCRIÇÃO

Anti-scapula + aproximação campo
laqueado e SF 1/2
redução fratura 4.1 5.0 artefato
e fixado 1/2 por fixadores 1/2
por radiografia
sucesso per
inspetivo
Tala gessada

Dr. Marco Antônio Araújo Costa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 6422

Hospital Distrital Dr. Evandro Avres de Moura
ATESTADO QUE CÓPIA CONCORDA COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEFAM



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATO CIRÚRGICO

Nome: **EZEQUIEL LIMA DA SILVA**

Pront. Nº: 264214

Indicação cirúrgica: **OSTEOMIELITE DE PE + RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE**

Cirurgia realizada: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE PE + RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE**

Cirurgião: **DR. EDILMAR LESSA**

Auxiliar: **DR. DEGINALDO HOLANDA**

Anestesista: **DR. TAYALLIS**

Data da cirurgia: **28/09/2020**

Descrição médica

1. **PACIENTE DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA**
2. **ASSEPSIA + ANTISSEPESIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS**
3. **REALIZADO RETIRADA DE FIOS DE K DO 4º PDD DO PE ESQUERDO**
3. **INCISÃO NO PÉ E REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE**
4. **VISUALIZAÇÃO DO 4º PODODÁCTILO SEM VIABILIDADE**
6. **REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + LAVAGEM ABUNDANTE**
7. **AGUARDA DELIMITAÇÃO DE NECROSE DO 5º PODODÁCTILO PARA POSTERIOR PROGRAMAÇÃO DE AMPUTAÇÃO**
8. **CURATIVO**

OSTEOMIELITE DO PÉ - 30729033 (3C)
RETIRADA DE FIO - 30710022 (3B)

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CREMEC 13202 - RQE 8123

Assinatura do(s) executante (s):

Hora do início: ____:

Hora do término: ____:

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE ESTA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

NOME: EZEQUIEL LIMA DA SILVA



TRAUMATOLOGIA DATA: 02.10.2020 ENF: L: 111

PLANO DE TRATAMENTO		HORÁRIOS							EVOLUÇÃO
		1	2	3	4	5	6	7	
1	DIETA GERAL	1	1						SD 02/10/2020.
2	DIPIRONA 2:18 AD EV 6/6h					SD			08:45 P A 110/70 mmHg 70 bpm.
3	PLAMET 2:18 AD EV, DE 8/8H SN					SD			08:45 1 amp 36,5.
4	TRAMAL(50MG+100MLSF), EV, 8/8H, SE DOR					SD			paciente consciente, orientado a pessoa e lugar.
5	OMEPRAZOL 20 MG VO EM JEJUM								paciente dieto; diurese espontânea.
6	CETOPROFENO 100mg + SF0,9% 100ML IV 12/12h								3NA Paciente consciente, orientada.
7	CEFALOTINA 1g + AD IV 4/4h								Verbaliza: diambula 84x110x70.
8	CURATIVO								T-36,5 segue aos cuidados de enfermeira.
9									de equívoco.
10									SD
11									
12									
13									

Dr. Ezequiel Lima da Silva
COORDENADOR - CE 554.995 - ENF

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO QUE CÓPIA CONFORME ORIGINAL

Marcelo

Max 46632

Coordenador do SANE - Frotinha



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra

EVOLUÇÃO

NOME: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

PRONT. Nº:

UNIDADE:

LEITO: 111 ENF.

DATA/HORA

Evolução

28/09/2020

**PACIENTE
OPERADO**

**PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
OSTEOMIELOITE DO PÉ ESQUERDO, SEM INTERCORRÊNCIAS.**

CD: À SR. VPM.

Leiliane Abreu Brito
Coren-CE 363.830

28.09.20

12:05

Paciente admitida, vindo da SO, no P03 de pós-operatório de osteomielite do pé B.

Leiliane Abreu Brito

Coren-CE 363.830

17.10h

Paciente encaminhado ao L. 111, às 17.10h Leiliane Abreu Brito

Coren-CE 363.830 - ENF

03/10/20

Paciente recebeu alta hospitalar.

vr

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE Cópia contém o ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat 45632
Coordenadora do SAM - HDEAM



DE
ALTA HOSPITALAR



Prefeitura de
Fortaleza

PACIENTE **Esquivaldo Lima de Sales**

PRONTUÁRIO
15472

UNIDADE

ENFERMARIA

LEITO
101

INÍCIO DE TRATAMENTO
20/09/20

DATA DA ALTA
03/10/20

DATA DE RETORNO
21/10/20

MÉDICO PARA RETORNO
Dr. Marcelo Lima

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

**Trauma antepé esquerdo com exposição
osso e lesão extensa de partes moles**

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

EXAMES ESPECIALIZADOS

**fratura exposta antepé esp.
necrose de esp. poleg.**

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

**limpeza cirúrgica
ATB oral, dolo, venoso
amputação**

TERAPÊUTICA APÓS ALTA

**cicatrizo
anal
ATB oral**

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

03/10/20

**Jose Marcelo Vidal Porto
Médico Traumatologista
CREMEC: 0590**

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Relatório de Alta

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRICTAL EVANDRO AYRES DE MOURA - HDEAM
FUNÇÃO DE ENFERMEIRO

**Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL**

Marcia Ramos

Mat. 45632

Coordenador do SAME - HDEAM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA POLÍCIENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2009040456-9

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/2015

NOME EZEQUIEL LIMA DA SILVA

FILIAÇÃO ABIÚDE ALVES DA SILVA

MARIA LUCILEIDE LIMA DA SILVA

NATURALIDADE MARACANAÚ - CE

DATA DE NASCIMENTO 29/09/2001

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 9335 FOLHA: 233V

LIVRO: A 00 MARACANAÚ - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P: 2



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

629.777.653-95

Nome

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Nascimento

29/09/2001 .

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DIETMAN, CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

N. 014928658902

DATA 01/05/2019 0000000000 2019

RATUNTO RODRIGUES DUARTE

FORTALEZA/CE

32447230397

HUY3338

9C2MC35007R000128

COMBUSTÍVEL

HONDA/CBX 250 TWISTER

2006

2007

2P/24CV/249CC

PARTIC

PRETA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
A	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 07/10/2019

FORTALEZA

10/10/2019

CE Nº 014928658902 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

32447230397

HUY3338

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

014928658902

61865594600

2019

10/10/2019

900956437

HONDA/CBX 250 TWISTER

2006

09

9C2MC35007R000128

PREMIO TARIFARIO

35.05

4.01

40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0.32

64.58

4.15

0.32

64.58

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

07/10/2019

LOTE/DOSEGURO 0001 LDBER DPVAT
MOTOR: MC35E-7000128

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:

629.777.653-95

4 - Nome completo da vítima:

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

6 - CPF:

629.777.653-95

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA HELENO DE FREITAS

9 - Número:

1867

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ALTO ALEGRE

12 - Cidade:

MARACANAU

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60875-315

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

98739 8737

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 99517742

(Informar o dígito se existir)

2

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 11 DE MARÇO DE 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210032089 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 20/09/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NECROSE DE ANTEPÉ INCLUINDO 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDO.
FRATURA DE 4º E 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DE 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDO, TENODESE FLEXOR EXTENSOR).
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 4º E 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: NÃO FOI POSSÍVEL FAZER CONTATO COM VÍTIMA PARA MARCAÇÃO DE PERÍCIA.

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 anatômica completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EZEQUIEL LIMA DA SILVA : 629.777.653-95

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: 27/01/2021
Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA
CPF: 629.777.653-95

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3210032089 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EZEQUIEL LIMA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF/CNPJ: 62977765395

Posição em 08-03-2021 09:31:23

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/03/2021	R\$ 5.062,50	R\$ 236,21	R\$ 5.298,71

EU EZEQUIEL Lima DA SILVA PORTADOR DO
CPF 629.777-653-95 E SINISTRO 3210032089
PEÇO QUE A SEGURADORA FAÇA MEU DEPÓSITO
NO VALOR DE 236,21 REFERENTE O JURO
POIS A SEGURADORA SO ENVIOU NO MINHA
CONTA 5.062,50 CONFORME ENVIIO OS
COMPROVANTES EM ANEXO A CARTA
D PUNTO.

Eu
03

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Número do Sinistro: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do acidente: 20/09/2020

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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 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: 24/03/2021

Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF: 629.777.653-95

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2021

Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Número do Sinistro: 3210032089

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Data do acidente: 20/09/2020

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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 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: 24/03/2021

Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF: 629.777.653-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2021

Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

CPF: 047.882.963-90

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029622/21

Vítima: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

CPF: 629.777.653-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2020

Titular do CPF: EZEQUIEL LIMA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EZEQUIEL LIMA DA SILVA : 629.777.653-95

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: 27/01/2021
Nome: EZEQUIEL LIMA DA SILVA
CPF: 629.777.653-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EZEQUIEL LIMA DA SILVA

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS