

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

10/09/2019

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

319050567701

**VALOR TOTAL:**

2.362,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** JOSIAS MAIA DE SOUSA

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 00323

**CONTA:** 000000049826

---

---

**Número da Autenticação**

589675D0E91C6E11

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190505677 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIAS MAIA DE SOUSA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA TORÁCICO COM FRATURA DE ARCO COSTAL.  
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR NA TÍBIA) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P7)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

**Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190505677**

**Vítima: JOSIAS MAIA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 20/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSIAS MAIA DE SOUSA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSIAS MAIA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000323-9**

Conta: **0000049826-2**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



SECRETARIA UNICOR - RJ - 08-08-2019 12:23 04/9/2019 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL  
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

 Polígrafo Direto 0237 

*Eduardo Machado*  
Assinado digitalmente

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 03/11/2015

REGISTRO CIVIL 21.454.403-3

NOME: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

FILIAÇÃO: ANTONIO CARLOS MACHADO

EDNA CARLOS DE LIMA MACHADO

NATURALIDADE: RIO DE JANEIRO

DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1989

C. NASC LIV 180AA FLS 51

SÃO JOÃO DE MERITI

TERM 107476 RJ

001 2 Via

LE Nº 7.118 DE 29/06/83

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
120.281.807-22

Nome  
EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

Nascimento  
19/03/1989

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298407/19

**Vítima:** JOSIAS MAIA DE SOUSA

**CPF:** 794.506.953-34

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

**Data do acidente:** 20/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSIAS MAIA DE SOUSA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### 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

### EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO : 120.281.807-22

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSIAS MAIA DE SOUSA : 794.506.953-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2019  
Nome: EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO  
CPF: 120.281.807-22

EDUARDO CARLOS DE LIMA MACHADO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Saúde



Investprev Seguradora S/A

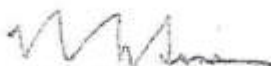
29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

### 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** compareceu a um chamado para atendimento pré-hospitalar do Sr. **JOSIAS MAIA DE SOUSA**, RG n.º 602094, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 794.506.953-34, no dia 20/01/2019, às 19h38, no Município de Russas-CE, na rotatória em Ramal de Flores, vítima de acidente de trânsito com motocicleta, sendo removido para o **HCSR - Hospital e Casa de Saúde de Russas** e em seguida transferido para o Hospital Regional da UNIMED. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 30 de julho de 2019.



Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

Unimed

Paciente: 71876630 - JOSIAS MAIA DE SOUSA

Data Rec.: 31/10/1960

Nome Societ:

Idade: 58 Anos 2 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Alcance: 6231787

Carteira: 9790020054292951

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: 7º PRONTO-SO ALA NORTE

Leitor: ENF713-1

Data Doc.: 27/01/2019 14:05:49

Data de Interação: 21/01/2019

Dias de Interação: 6

Data Impress.: 27/01/2019 14:08

## RECEITA

### ATESTADO MEDICO

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE JOSIAS MAIA DE SOUSA FOI POR MIM OPERADO DE FRATURA EXPOSTA GRAVE DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, PARA COLOCAÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA.  
O MESMO DEVERÁ FICAR AFATADO DO TRABALHO POR 120(CENTO E VINT) DIAS APARTIR DE HOJE

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FORTALEZA, 03/02/2019

LUZ LOPES LIMA

CRM: 4516

27/01/2019 14:01:23



Prescrição: 4442434 Data: 21/01/2019 - 02:01 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M07799

2ª VIA

Atendimento: 6231755 - Paciente: JOSIAS MAIA DE SOUSA

Data Nascimento: Dt Nasc: 31/10/1960 (58a 2m 21d)

Médico: CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA - CRM 7799

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: Leito: Cobertura:

Cid.: Ciclo: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG



Investprev Seguradora S/A

Classificação de Risco: URGENTE

29 AGO 2019

PRESCRICAO MEDICA

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## EXAMES DE IMAGEM

|   |                                                                                                             | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 1 | RX COSTELAS - POR HEMITORAX ; Exame: 2843986<br>Justificativa: TRAUMA<br>Obs.: DIREITA E ESQUERDA AP        | 1   |         |    |     |            |                |
| 2 | RX BACIA ; Exame: 2843986<br>Justificativa: TRAUMA<br>Obs.: AP                                              | 1   |         |    |     |            |                |
| 3 | RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLIQUAS ; Exame: 2843986<br>Justificativa: TRAUMA<br>Obs.: AP + P | 1   |         |    |     |            |                |
| 4 | RX COLUNA DORSAL: A.P. - LATERAL ; Exame: 2843986<br>Justificativa: TRAUMA<br>Obs.: AP + P                  | 1   |         |    |     |            |                |
| 5 | RX COLUNA LOMBO-SACRA ; Exame: 2843986<br>Justificativa: TRAUMA<br>Obs.: AP + P                             | 1   |         |    |     |            |                |
| 6 | RX PERNA ; Exame: 2843986<br>Justificativa: TRAUMA<br>Obs.: DIREITA E ESQUERDA AP + p                       | 2   |         |    |     |            |                |
| 7 | RX COXA ; Exame: 2843986<br>Justificativa: TRAUMA<br>Obs.: ESQUERDA AP                                      | 1   |         |    |     |            |                |

Dr. Carlos Windson C. Mota  
Traumatologia - Ortopedista  
CRM - 7799CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA  
CRM 7799



Prescrição.: 4442434 Data Prescrição: 21/01/2019 02:01  
Setor Solic: EMERGENCIA 24H - ADULTA NR Carteira: 9790020054292951  
Atendimento: 6231755 Validade:  
Paciente...: 71876630 - JOSIAS MAIA DE SOUSA Nasc: 31/10/1960 58a 2m 21d  
Origem Atd.: RECEPCAO DE EMERGENCIA ADULTO Classificação de Risco: URG  
Convênio...: FEDERACAO DO ESTADO DO CEARA Serviço: CIRURGIA GERAL  
Prestador...: 7799 CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA  
Acomodação.: Leito:  
Unid Intern:  
Cid.....: Usuário: M07799

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado  
Para: RAIOS - X

| Exames: | Qtd. | Pedido | Data Coleta | Material | Loc. Anatômico | Accession Number | Cod. Fatur. |
|---------|------|--------|-------------|----------|----------------|------------------|-------------|
|---------|------|--------|-------------|----------|----------------|------------------|-------------|

Dr. Carlos Windson C. Mota  
Traumatologia - Ortopedista  
CRM - 7799

CARLOS WINDSON CAVALCANTE MOTA  
CRM : 7799

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nome Social:

Idade: 58 Anos 2 Meses 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 6231787

Carteira: 9790020054292951

Plano: FEDERACAO ENFA

Convênio: FEDERACAO DO ESTADO

Unidade: 7º PAVIMENTO ALA NORTE

Leito: ENF713-1

Data Doc.: 27/01/2019 13:49:16

Data de Internação: 21/01/2019

Dias de Internação: 6

Data Impress.: 27/01/2019 13:50

## RECEITA

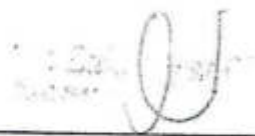
PRADAXA 110MG 01 CAIXA  
TOMAR 01 COMP POR DIA 10 DIAS

SULFATO FERROSO 01 CAIXA  
TOMAR 01 COMP POR DIA

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

  
LUIZ LOPES LIMA

CRM: 4516

27/01/2019 13:49:15

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**HOSPITAL REGIONAL UNIMED**

Endereço: Av. Visconde do Rio Branco, 4000

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

Telefone: (85) 3277.7000

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2º Via - Orientação ao Paciente Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71876630 - JOSIAS MAIA DE SOUSA

Endereço: LEONIDES VIEIRA LEITE

Nr.: 2508

Complemento: 0

Bairro: PLANALTO BELA VISTA

Cidade: RUSSAS

Cep.: 62900000

**Prescrição:**

TRAMAL 50MG 01 CAIXA  
 TOMAR 01 POR DIA PARA DOR

Data: 27/01/2019 13:47

Assinatura do Médico

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Assinatura do Farmacêutico

Data

Alfredo Medeiros

Atendo para os devidos  
fins que o paciente possui  
Plano de Saúde por ser  
membro associado da Federação dos  
Distritos de Porto Esplanado em  
21/01/19 em

O mesmo encontra-se com  
previdência R\$ 4.1 por mês  
de de nova intervenção, que  
pode ser de de Federação

O referido paciente, residente  
de apartamento de Tróvão por  
120 dias e vive 1 dia.

RUA GRACILIANO RAMOS, 278 - FÁTIMA

FORTALEZA-CE / CEP 60415-050

PHONE: 085 3273.3737

www.clinicaarcanjo.com.br

DR. TÉCNICO DE APOIO ADMINISTRATIVO - CRM 1000

21/08/19

Dr. Luiz Lopes Lima  
CRM-CE 4576



29 AGO 2019

Investprev Se  
29 AGO  
CNPJ: 42.366

Espresso can  
run for million beds  
Days to billions  
months

RUA GRACILIANO RAMOS, 278 - FÁTIMA  
PORTALEZA-CE / CEP 00415-060  
FONE: (85) 3273.3737  
www.celintemarcario.com.br  
NIR, TÉCNICO EM JÓIA HÉLDER ALVES ASSUMIÃO - CRM 894

**Greenough, R.**

Perine Eng.

|                                                                                       |                      |          |                  |                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|------------------|-----------------|--|
| CLINICA SAO BERNARDO E/O LTDA                                                         |                      |          |                  |                 |  |
| DR. JOSE RAMALHO, 1382, OCEANTO                                                       |                      |          |                  |                 |  |
| 02000-000, RUBIABAI-CR                                                                |                      |          |                  |                 |  |
|  |                      |          |                  |                 |  |
| 100001990                                                                             |                      |          |                  |                 |  |
| UNIMED - UNIME                                                                        |                      |          |                  |                 |  |
| 18/02/2018 15:55:13                                                                   | REQUISIÇÃO DE EXAMES |          |                  |                 |  |
| Paciente                                                                              | Fuente               | EBO      | SEN NAME         |                 |  |
| 00937092                                                                              | JOSIAS MAIA DE SOUZA | M        | 31/10/1990       | (00) 00778-2087 |  |
| Profissional Solicitante                                                              |                      | Clinica  | Registração por  |                 |  |
| PROFISIONAL EXTERNO                                                                   |                      | IMAGEM   | BRENA MAIA TELIX |                 |  |
| INDICAÇÃO DE EXAME EOL-GUIA-DEN                                                       |                      |          |                  |                 |  |
| CAIGO                                                                                 | HISTORIO             | Material | VALORES          | DATA DO COTIZ   |  |
|                                                                                       |                      |          |                  |                 |  |



DIRETOR TÉCNICO MÉDICO: Dr. Carlos Robert Rodriguez Valencia - CREMEC: 9671

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

- Cardiologista
- Cirurgião Cabeça e Pescoço
- Cirurgião Vascular
- Clínico Geral
- Dermatologista
- Endocrinologista
- Endoscopista
- Geriatria
- Gineco-obstetra
- Mastologista
- Neurologista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra
- Proctologista
- Reumatologista
- Traumatologista-Ortopedista
- Ultrassonografista
- Urologista

- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psíquiolo
- Terapeuta Ocupacional
- Cirurgião
- Endodontia
- Implante
- Odontopediatria
- Odontologia
- Periodontia
- Prótese

- Administração de Medicamentos
- Celista de Laboratório
- Curativos
- ECG / Ressonância
- Hematologia
- Hematologia
- Hematologia
- Hematologia
- Hematologia
- Hematologia

*foras chance de baur*

*un real*

① *Selle* \_\_\_\_\_ *un*  
*banco* *un* (un) *2 x un*, (un)  
*2 un* (un) *2 un*

② *Investment by* \_\_\_\_\_ *un*  
*banco* *un* (un) *un*

070219

*un*  
 un real  
 un real  
 un real  
 un real

88 3411.2720/88 9 9775.2575/88 9 9272.2606/88 9 8883.6801

Trav. Joel Carneiro Lima, 58 - Centro - Pussac - CE





CLÍNICA SÃO BERNARDO S/S LTDA  
DR. JOSÉ REINALDO, DENT, CENTRO  
GRUPO ODONTOLÓGICO

| 12/02/2019 08:15:40      |                                | REGISTRO DE EXAMES |         | UNIMED - UNIMED |                   |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------|---------|-----------------|-------------------|
| Paciente                 | 00027822 JOSIAS MARIA DE SOUSA | Sexo               | M       | Idade           | 34/10/1980        |
| Profissional Solicitante | PROFISSIONAL EXTERNO           | Clinica            | IMAGENS | Registrado por  | ANITA MARIA FELIX |

| RELACAO DE EXAMES SOLICITADOS |      |         |           |                  |
|-------------------------------|------|---------|-----------|------------------|
| Código                        | Nome | Unidade | Valor R\$ | Data de Cadastro |

Te enão  
Te tenex.

CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM  
(88) 3411.1008  
ENTREGA DE RESULTADOS  
DAS 9:00 AS 17H <  
DATA PREVISTA 01/02/19

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



DIRETOR TÉCNICO MÉDICO: Dr. Carlos Roberto Rodrigues Vazquez - CRMED: 9871

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

- Cardiologista
- Cirurgia Cabeça e Pescoço
- Cirurgia Vascular
- Clínico Geral
- Dermatologista
- Endocrinologista
- Endoscopista
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologista
- Neurologista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra
- Proctologista
- Reumatologista
- Traumato-Ortopedista
- Ultrassonografista
- Urologista

- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psicologia
- Terapia Ocupacional

- Cirurgias
- Endodontia
- Implante
- Odontopediatria
- Ortodontia
- Periodontia
- Prótese

- Administração de Medicamentos
- Controle de Infecção Hospitalar
- Curativos
- ECG / Holter
- Eletrocardiograma / Holter
- Exatologia
- Laringoscopia
- Nasofaringoscopia
- Proctologia Cirúrgica
- Ultrassonografia

gostas de ir de noite

Amor,

① RWM de noite



010319

3411.2720 / 9 9775.2575 / 9 9272.2606 / 9 8883.6301

Trav. Joel Carneiro Lima, 58 - Centro - Russas-CE



DIRETOR TÉCNICO MÉDICO: Dr. Carlos Roberto Rodrigues Vianna - CRM/RJ: 5871

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**ESPECIALIDADES**

- Cardiologista
- Cirurgia Cabeça e Pescoço
- Cirurgia Vascular
- Clínico Geral
- Dermatologista
- Endocrinologista
- Endoscopista
- Geriatria
- Gineco-obstetra
- Mastologista
- Neurologista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra
- Proctologista
- Reumatologista
- Trauma-Ortopedista
- Ultrassonografista
- Urologista

**TERAPIAS**

- Fisioterapia
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psicologia
- Terapeuta Ocupacional

**ODONTOLÓGICAS**

- Cirurgias
- Endodontia
- Implante
- Odontopediatria
- Ortodontia
- Periodontia
- Prótese

**DIAGNÓSTICAS**

- Administração de Medicamentos
- Clínica de Exames Laboratoriais
- Curativos
- ECO / USG
- Ecocardiograma / MIO
- Endoscopia
- Endoscopia
- Nasofibroscopia
- Proctoscopia
- Ultrassom Geral
- Ultrassonografia Molecular of Angiot

*Exame clínico de sangue*

*Exame:*

① Doppler de vasos de e  
art. ventrais

*[Signature]*

Carimbo circular com texto: "Carimbo de Autenticidade", "CPF: 123.456.789-00", "Data: 19/08/2019"

010319

88 3411.2720/88 9 9775.2575/88 9 9272.2606/88 9 8883.6501

Trav. José Correia Lima, 58 - Centro - Russas-CE





20/01/2019 20:28:15 1900276966 GUIA DE: ( ) ATENDIMENTO (X) OBSERVAÇÃO - NOTURNO- 12  
 Paciente: 00060251 - JOSIAS MAIA DE SOUSA DN: 31/10/1960 - 58 A 2 M 20 D Sexo: M - Est. Civil: Solteiro(a)  
 Identidade: 602094 - SSP CE Raça/Cor: Parda - CPF: 794.506.953-34 Ocupação: ELETRICISTA  
 Endereço: RUA - LEONILDES VIEIRA LEITE - 2508 - PLANALTO DA BELA VISTA - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Nat.: RUSSAS - CE  
 Contato: (88) 99932-6327 Mãe: HILDA MAIA DE SOUSA Pai: JOAO LEONCIO DE SOUSA Validade:  
 Convênio: SUS - SUS Carteira: Sisprenatal: CNS: Caráter Atend.: URGÊNCIA  
 Autorização: Profiss. Atend.: KELLISON Setor: EMERGENCIA  
 Motivo: URGÊNCIA / EMER Especialidade: CLINICA MEDICA

## OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 110 X 80 mmHg. D. X: —

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☒ AMARELO ☐ VERDE

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Presença de sinais de acidente de trânsito

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur e fíbula, arco costal

## SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

( ) RAIO-X ( ) ULTRASSOM ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS: —

## PRESCRIÇÃO

RX de fêmur PA

RX de fíbula Enxame.

Tratamento com SFO, 5 x 10<sup>3</sup> mg

Tratamento com 9ml AD - fêmur 3.0 x 6

Tratamento com 2:13 x 6 AD 60

Sutura

Anestesia

## APAZAMENTO

## EVOLUÇÃO

Paciente us

sima de

queda de

moto, retene

don hemitórax

Brazuca +

don cm MIE.

#glaçadeiras 15

## CONDUTA:

(X) ALTA POR DECISÃO MÉDICA

( ) AMBULATÓRIO

( ) ALTA A PEDIDO

( ) OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)

( ) ALTA A REVELIA

( ) INTERNAÇÃO

( ) TRANSFERÊNCIA PARA: —

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 21/01/19 00:00

## ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? ( ) SIM ( ) NÃO

Destino: ( ) Família ( ) IML ( ) Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Kellisson Barreira Maia  
Médico

CPF: 550.10540

Atendimento registrado por: MARCOS IVO



A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

( ) José Gonçalves dos Santos - Titular  
( ) Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

VSBU

03

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

( ) José Gonçalves dos Santos - Titular  
( ) Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

ROPR

03

VALIDA EM TODO O TERITÓRIO NACIONAL

602094-2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 15.08.1993

**JOSIAS MAIA DE SOUSA**

João Leonildo de Sousa  
Hilda Maia de Sousa  
Russas-CE

31.10.1960

Cart. Nascimento. 795, Av. 2, Fls. 71  
Cart. Flores-Russas-CE.

PORTALEZA-MC

LEI Nº 2115 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

*[Fotografia]*

*[Assinatura]*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**794.506.953-34**

Nome

**JOSIAS MAIA DE SOUSA**

Data de Nascimento

31/10/1960

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

MAR/2001

**CORREIOS**  
www.correios.com.br

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

( ) José Gonçalves dos Santos - Titular  
( ) Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

VSBU

03

A presente cópia confere com o original. Dou fé.

Flores, Ce. 03/11/2019

Em tes. *[Assinatura]* da verdade.

( ) José Gonçalves dos Santos - Titular  
( ) Natália Manuel Gonçalves - Substituta

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

WGHQ

03





BOLETIM DE Ocorrência Nº 541 - 2704 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **07/08/2019 10:37:25**  
Data / Hora da Ocorrência: **20/01/2019 19:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-458**  
Complemento:  
Bairro:  
Município: **RUSSAS/CE**  
Ponto de Referência: **TREVO QUE VAI PARA BR-116**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSIAS MAIA DE SOUSA**  
Nascimento: **31/10/1960** CPF: **794.506.953-34**  
RG: **602094** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **HILDA MAIA DE SOUSA**  
**JOÃO LEONCIO DE SOUSA**  
Endereço: **RUA LEONIDES VIERIA LEITE, 2508**  
Bairro: **PLANALTO DA BELA VISTA**  
Município: **RUSSAS/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9772-8927**

Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HYS9122** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:  
**9C2JC30708R515916** Renavam: **954404319** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:  
**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **LEIDIANE CASTRO MOURA RIBEIRO** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

**Histórico**

Afirma a vítima que na data e hora supracitadas sofreu um acidente de trânsito quando conduzia a motocicleta de placa HYS-9122 na rodovia CE-458, próximo ao trevo que liga aquela rodovia à BR-116; QUE o declarante possui CNH categoria AB desde 28/10/2000 e no momento do acidente trafegava sozinho; QUE o pneu dianteiro da motocicleta colidiu no meio-fio, fazendo que o declarante perdesse o controle do veículo e caísse ao solo. QUE foi socorrido pelo SAMU e levado inicialmente ao Hospital e Casa de Saúde de Russas, sendo e seguida encaminhado ao hospital da UNIMED em Fortaleza - CE; QUE fraturou a fíbula e tíbia da perna esquerda, com fratura exposta, fraturou 04 costelas, sendo duas do lado direito e duas do lado esquerdo e também teve um corte na cabeça apesar de está usando capacete no momento do acidente; E NADA MAIS DISSE.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Josias Maia de Sousa

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Consolidado em: 07/08/2019 10:53:52

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/08/2019 10:53:52

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas  
HELENA JACÉA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIAL

CNPJ: 02.703.318/0001-46 - CND: 017893  
Av. da Dom. Lina, nº 1108 - Centro, Russas - CE, CEP 62.900-000. TEL: (88) 3411-3185

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. EM TEST. DA VERDADE. DOU FE RUSSAS, 16/08/2019 07:53:48

RENIO MACHADO DA PONTE - ESCRIVENTE SUBSTITUTO  
Emol: R\$ 1,38 TJ R\$ 0,06 FADEP R\$ 0,07 PRIMVP R\$ 0,07 ISS R\$ 0,04 Selc R\$ 0,91 Total: R\$ 2,53





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS  
Impresso nº 2019540395



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 2704 / 2019

VISTO DO DELEGADO(A) :

VITÁCIUS MEIRELES FIXINA BARRETO - MAT.: 300568-1-7

Cartório Leite Borges - 3º Ofício de Russas  
HELENA JACÉIA CRISPINO LEITE BORGES - OFICIAL

CPF / 02763316/0001-68 - CNES - 0176983  
Avenida Dom João, Nº 1108 - Centro, Russas - CE, CEP 63.900-000, TEL. (88) 3411.7185

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL  
EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TEST. DA VERDADE. DOU FE.  
RUSSAS, 16/08/2019 07:53:48

*Renô Machado da Ponte*

RENÔ MACHADO DA PONTE - ESCRIVENTE SUBSTITUTO

Empl: R\$ 1,38 TJ R\$ 0,06 FAADER R\$ 0,07 PRMMP R\$ 0,07 ISS R\$ 0,04 Selo R\$ 0,91 Total: R\$ 2,52



Investprev Seguradora S/A

29 AGO 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 794.506.953-34 4 - Nome completo da vítima: JOSIAS MARIA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: JOSIAS MARIA DE SOUSA 6 - CPF: 794.506.953-34  
7 - Profissão: NEGOC-SE 8 - Endereço: R. LEONIDES VIEIRA LEITE 9 - Número: 2508 10 - Complemento:  
11 - Bairro: PLANTIO DA BOA VISTA 12 - Cidade: RUSSAS 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62.700-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (33) 99966-0765

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 29 AGO 2019

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) CNPJ: 42.366.302/0001-28

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: 0323 9 CONTA: 49826 2 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CE, 20/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)