

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:

21/10/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321022039901

VALOR TOTAL:

2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO DE SOUSA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03812

CONTA: 000000018907

Número da Autenticação

3859759DF4B41E65

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FERNANDO DE SOUSA MOURA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: RECUSO
Identidade: 98001235062 CPF: 370 895 013 53
Endereço: RUA PRINCESA ISABEL 1664
Bairro/Cidade/Complemento: GJ. METROPOLITANO CAUCAIA / CE

OUTORGADO:

Nome: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: AUTONOMO
Identidade: 2004009037628 CPF: 043.210.663-44
Endereço: RUA METON DE ALENCAR 106 ALTOS CENTRO

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para REPRESENTA-LO junto a Seguradora Lider dos Consorcios do Seguro DPVAT S.A, também propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Hospitais, Samu, Policia Civil, Policia Rodoviaria Estadual e Federal, Policia Militar, Bombeiros e demais instituições, interpor pedidos e recursos legais cabiveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, tudo com o fim especial de requerer indenização de seguro DPVAT por Morte, Invalidez Permanente total ou parcial e/ou Despesas Medico-Hospitalares (DAMS) referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

Fernando de Sousa Moura

Ocorrido em 24/09/2020

NATUREZA DO PEDIDO: INVALIDEZ DAM'S MORTE

Local e Data: FORTALEZA 02/09/2021

x Fernando de Sousa Moura
Campo 1 - Assinatura do Outorgante / Beneficiário

x
Campo 2 - Assinatura do Beneficiário (caso o mesmo seja menor de 18 anos.)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169439/21

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

CPF: 370.895.013-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 24/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO DE SOUSA MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO : 043.210.663-44

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

FERNANDO DE SOUSA MOURA : 370.895.013-53

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: 14/09/2021
Nome: FERNANDO DE SOUSA MOURA
CPF: 370.895.013-53

FERNANDO DE SOUSA MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2021
Nome: Tarsis Farias de Mesquita
CPF: 749.133.103-30

Tarsis Farias de Mesquita

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210220399 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 24/09/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA P1
FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO: PLACA E PARAFUSO) E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O OMBRO. P3 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: X @4 // @P1 ANEXO

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169439/21

Número do Sinistro: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

CPF: 370.895.013-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 24/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO DE SOUSA MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169439/21

Número do Sinistro: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

CPF: 370.895.013-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 24/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO DE SOUSA
MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169439/21

Número do Sinistro: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

CPF: 370.895.013-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 24/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO DE SOUSA MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2021
Nome: FERNANDO DE SOUSA MOURA
CPF: 370.895.013-53

FERNANDO DE SOUSA MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2021
Nome: ELIZABETH MOTA DA SILVA
CPF: 117.373.637-98

ELIZABETH MOTA DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169439/21

Número do Sinistro: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

CPF: 370.895.013-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 24/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO DE SOUSA
MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169439/21

Número do Sinistro: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

CPF: 370.895.013-53

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 24/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO DE SOUSA
MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 24/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO DE SOUSA MOURA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 24/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO DE SOUSA MOURA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 24/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO DE SOUSA MOURA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 24/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO DE SOUSA MOURA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 24/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDO DE SOUSA MOURA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210220399

Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 24/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Procurador: CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO DE SOUSA MOURA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: FERNANDO DE SOUSA MOURA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003812

Conta: 0000018907-8

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.



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: 370.895.013.53 4 - Nome completo da vítima: Fernando de Sousa Moura

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: FERNANDO DE SOUSA MOURA 6 - CPF: 370.895.013.53
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA PRINCESSA ISABEL 9 - Número: 1664 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CJ. METROPOLITANO 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.604-290
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (85) 987627530

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3812 CONTA: 18907 8

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 declarante

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 02/09/2021

Fernando de Sousa Moura
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 20211050753



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1876 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **02/09/2021 11:34:53**
 Data / Hora da Ocorrência: **24/09/2020 17:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **R ROSINHA SAMPAIO C/ RUA ANTONIO ARRUDA, QUINTINO CUNHA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FERNANDO DE SOUSA MOURA**
 Nascimento: **08/11/1970** CPF: **370.895.013-53**
 RG: **98001035062** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**
 Filiação: **MARIA LETICE DE SOUSA MOURA**
GERARDO LEITÃO DE MOURA
 Endereço: **RUA PRINCESA ISABEL, 1664**
 Bairro: **CONJUNTO METROPOLITANO** CEP: **61.604-290**
 Município: **CAUCAIA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:
 Email: **edmirmaia@hotmail.com**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCR4635** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD0550BR033383 Renavam: **342111434** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
 Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO HELDO MENDES CAMPOS**
 Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCR-4635-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA ANTONIO ARRUDA, QUANDO AVANÇOU A PREFERENCIAL E OCASIONOU A COLISÃO COM UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CONDUTOR DO VEICULO CITADO PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB. PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.
 OBS.: QUE ESTE BOLETIM É PARA SOLICITAÇÃO DE DPVAT E QUE A VITIMA SE MANIFESTA DIZENDO QUE NAO QUER REPRESENTAR NESSE MOMENTO.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

Desmirmaia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1876 / 2021

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Fernando de Souza Moura

VISTO DO(A) DELEGADO(A): Maria das Graças

MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

[Two large vertical blue lines, likely representing redacted content or a placeholder for a signature]

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: 370.895.013.53 4 - Nome completo da vítima: Fernando de Sousa Moura

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: FERNANDO DE SOUSA MOURA 6 - CPF: 370 895 013 53
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA PRINCESSA ISABEL 9 - Número: 1664 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: CJ. METROPOLITANO 12 - Cidade: CAUCAIA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.604-290
15 - E-mail: profissional_robson@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (85) 987627530

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3812 CONTA: 18907 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (vel nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA 02/09/2021

Fernando de Sousa Moura
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Companhia Energética de Ceará
 Rua Pedro Bezerra, 130
 Fortaleza - CE - CEP: 61051-900
 DATA DE SAT: 20/04/21 - CPF: 06.508.854/0001-91

PLANEJAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA CA818114 - 149309 - 19/01/20 ADE 147		TIPO DE FORNECIMENTO: Monofásico
ENDEREÇO DE SUPRIMENTO RU PRC ISABEL, 6106-1, CONJUNTO METROPOLITANO, 61664-280, CAUCAIA		INSTALAÇÃO (CAB. CONDIÇÃO): 18099,50
		Nº DO CLIENTE: 50321410

MÊS ANO DE REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
04/2021	10/05/2021	R\$ 79,42

INFORMAÇÕES FISCAIS
 Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Modelo B
 HASHCODE: 33A1.4619.LDDC.7833.983B.87DB.18DB.3089
 NOTA FISCAL Nº 116788405 - SÉRIE: ÚNICA
 DATA DE EMISSÃO: 27/04/2021
 DATA DE ANULAÇÃO: 27/04/2021
 CFOP 5258: Venda de em. elétrica a não-contribuinte
 CNPJ: 06.508.854/0001-91 - INSC EST: 152105

MENSAGENS IMPORTANTES
 Períodos: Bataf, Local - Amarela - 27/03 - 27/04
 Informamos que a tarifa da Enel Ceará foi reajustada, em média de 8,95%, por meio da Resolução Normativa ANEEL nº 2859/2021, a qual possui vigência de 27/04/2021 a 27/04/2022. Informamos que a Enel Ceará...

DATAS DE LEITURA	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
	26/03/2021	27/04/2021	32	26/05/2021

DESCRIÇÃO DO FATURAMENTO		
Descrição	Tarifa	Valor (R\$)
ADICIONAL BAST. ATIV. 2	0,01963	1,53
CEP - TRIBUT. PIS/PRA - MUNICIPAL		10,80
CONSUMO	0,30375	66,67
MULTA		0,42
SUBTOTAL:		79,42
SUBTOTAL OUTROS:		11,47
TOTAL:		79,42

EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONTAGEM NO PERÍODO
 No período de 27/03/2021 a 27/04/2021, foram utilizados os seguintes equipamentos de medição e contagem: ...

CONSUMO / kWh				TRIBUTOS			
Período	Atividade	Consumo	Valor	Base	Alíquota (%)	Valor	Valor R\$
04/2021	Residencial	303,75	66,67	66,67	10,00	6,67	73,34
SUBTOTAL				RESERVADO AO FISCAL			

DADOS DE MEDIÇÃO			
Período	Medição	Consumo	Valor
04/2021	Residencial	303,75	66,67

NOTIFICAÇÃO/AVISO DE CONTAS VENCIDAS
 Informamos que as contas vencidas não foram pagas e estão sujeitas a cobrança de multa e juros. O valor devido é de R\$ 79,42.
 Assinatura: [Assinatura] / [Assinatura]



PC-00

CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO
R SILVEIRA FILHO 1320
A - BONSUCESSO
60520-505 FORTALEZA - CE

Postagem: 27/06/2021

Vencimento: 07/07/2021

Emissão: 27/06/2021

Previsão prox. Fechamento: 27/07/2021

270621

Titular **CHARLES ROBSON DIAS DE ARAUJO**
Cartão **5307.XXXX.XXXX.5109**



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	██████████
Pagamento efetuado em 08/06/2021	██████████
① Saldo financiado	██████████
② Encargos (financiamento + moratório)	██████████
③ Lançamentos atuais	██████████
④ Total desta fatura	██████████



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para redações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Charles Robson Dias de Araújo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.210.663 / 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FERNANDO DE SOUSA MOURA inscrito (a) no CPF sob o Nº 370.895.013 / 53,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FERNANDO DE SOUSA MOURA.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 370.895.013 / 53, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:


Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Meton de Alencar</u>		Número: <u>106</u>	Complemento: <u>Altos</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>Ceará</u>	CEP: <u>60.035.160</u>
E-mail: <u>profissional_robson@yahoo.com.br</u>			Tel.(DDD): <u>(85) 98762-7530</u>

Local e Data: Fortaleza, 02 Setembro de 2021



Assinatura do Declarante

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):

Francisco de Sousa Moura

vítima de acidente de trânsito, em 24/09/2020, sofreu:

Fratura da clavícula direita
Fratura do rádio direito ESF.
CIA - S42.0, S52.5

e submeteu-se a tratamento(s): cirurgia de
reparo do rádio, osteossíntese
redução e fixação do tráfego
fraturas da clavícula.

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

Deficiência no membro superior
direito. Dor e desconforto
diminuição do força do membro
superior direito.

Cicatrizes na parte superior do
braço e desconforto no pulso
Bloqueio ou redução parcial
da força diminuída.
Incapacidade.

Prejudicado funcionalmente
ATA média definitiva

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

21091621

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza

CREMEC 4411 /
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411 - ROE 10569



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Fernando de Sousa Moura** - C.P.F. - 370.895.013-53, no dia 24/09/2020, às 18h38min, na Rua Rosinha Sampaio com Rua Antônio Arruda, no Bairro Quintino Cunha (Jardim Guanabara). Considerando que obviamente o SAMU 192 Fortaleza, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo N° P164390/2021, provavelmente foi Acidente de Trânsito.


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

Retificamos que houve equívoco no preenchimento dos campos (Nome, Data & QUS); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Fernando de Sousa Moura), Data (24/09/2020) & QUS (18h38min).

Documento requerido por meio do Processo N° P164390/2021.

Fortaleza, 15 de Junho de 2021.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 16 PUNTO DE APOIO: VFC Nº DA OCORRÊNCIA: 0632
 DATA: 24/09/2020 TURNO: MT EQUIPE: Guimarães, Mendes
 NOME: Fernando de Sousa Moura IDADE: 49a SEXO: M
 ENDEREÇO: Trav Korinha Sampaes 1836 cl Ant Annelo
 REFERÊNCIA: Col Dom Felipe BAIRRO: G Anel
 QTY: 1800 QUS: QUY: QUU:

RESPOSTA AO CHAMADO
 RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA
 PRESENTE
 AUSENTE
 POR: _____

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
 PRESENTE
 AUSENTE

A **VIAS AÉREAS**
 PÉRVEAS OBSTRUÍDAS

B **RESPIRAÇÃO**
PADRÃO RESPIRATÓRIO
 EUPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO
 NORMAL
 ALTERADA: _____

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO
 NORMAL
 ALTERADA: _____

AUSCULTA
 NORMAL
 ALTERADA: _____

C **CIRCULAÇÃO**

PULSO
 NORMOCÁRDICO CHEIO
 TRAQUICÁRDICO FLUFORME
 BRADICÁRDICO IMPALPÁVEL
 LOCAL: _____

PELE
 CÔRADA SUDOREICA
 PÁLIDA SECA
 CIANÓTICA QUENTE
 FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR
 ≤ 2 seg
 > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO
 SIM
 NÃO

D **NEUROLOGIA**

ABERTURA OCULAR
 ESPONTÂNEA 4
 À VOZ 3
 À DOR 2
 NENHUMA 1
 TOTAL: 15

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

RESPOSTA VERBAL
 5 ORIENTADO (A) / SORRI (P)
 4 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL
 3 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
 2 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
 1 NENHUMA

RESPOSTA MOTORA
 5 OBEDECE A COMANDOS
 4 LOCALIZA A DOR
 3 MOVIMENTO DE RETIRADA
 2 FLEXÃO ANORMAL
 1 EXTENSÃO ANORMAL
 NENHUMA

PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

E **EXPOSIÇÃO**

ADULTO

LESÕES

PEDIÁTRICO

FC: 76 PA: 120/85 FR: 18 SAMPLA GLIC.: -1- OXIM.: 95% TEMP.: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de coluna M4-L5, referiu dor no
punho esquerdo e lombar, cursando, assim, com
realização de imobilizações com collar cervical e prancha longa

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: ISE A. Buzina

BOLETIM EMERG:

LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO:

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

CIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

S. DO RESPONSÁVEL: ASS. DO MEDICAMENTO

José Marcelo Vidal Porto
Médico - Traumatologista
CRM: 8590

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

ASS.:

EM: / /

DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

CLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELA
MU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SINATURA:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO ACIDENTADO: **FERNANDO DE SOUSA MOURA**

Nº DO PROFISSIONÁRIO: **264665** Nº DO BE: **380904**

DOCUMENTOS: **CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 370.895.013.53**

NASCIMENTO: **08/11/1970(49 ANOS)** SEXO: **M** RAÇA/COR: **PARDO**

NOME RESPONSÁVEL: **USB16-OCOR.0632** ENDEREÇO: **RUA JOSÉ MENEZES DOS SANTOS 1541 CONJUNTO METROPOLITANO**

MUNICÍPIO: **CAUCAIA** UF: **CE** CONTATO: **(85)98546-2252**

CEP: **61.604-390**

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OCORRÊNCIA: **PACIENTE ATENDIDO PELO SAMU NO LOCAL DE OCORRÊNCIA COM TRAUMA NO PUNHO D**

MOTIVO: **COLISÃO CARRO X MOTO**

SINTOMAS: **NI**

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR: **99 (ADULTO)**

TIPO: **NI** KG: **NI** PRESSÃO ARTERIAL: **NI/NI** SAT O2: **NI%** PULSO: **NI** GLUCEMIA: **NI**

TEMPERATURA: **NI °C** ALERGIAS: **NI**

CLASSIFICAÇÃO: **AMARELO** RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **MARIA HELENAAAAA** DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: **24/09/2020 18:52:04**

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: **ATENDIMENTO TRAUMA**

ANAMNESE

vitores acidentado de moto. Do. no pé da clavícula D e punho E. Fratura da clavícula (commin) + punho E (aríngia)

DIAGNÓSTICO

SIST. SUJEITADO: HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Rx do antebraço e punho (E)</i>		
<i>Rx do ombro D. Ap. e axilar</i>		
<i>Rx da clavícula D Ap e zanca</i>		
<i>Rx Coluna torácica Ap. e P</i>		

ALTA/SAÍDA

TIPO DE ALTA/SAÍDA: DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL

OBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS

Impresso por MARIA HELENAAAAA em 24/09/2020 às 18:52:11

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.

Internamento

Carimbo e Assinatura do Médico Especialista

24 SET 2020

Fernando de Sousa Moura

Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura
ATESTO DO SUPLENTE COM ORIGINAL

Marta Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAMU - FORTALEZA

[Handwritten Signature]

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):

Francisco de Sousa Moura

vítima de acidente de trânsito, em 24/09/2020, sofreu:

*Fratura da clavícula direita
Fratura do rádio direito ESF.
CIA - S42.0, S52.5.*

e submeteu-se a tratamento(s): *cirurgia da
fratura do rádio, osteossíntese
redução e fixação do trauma
fraturas da clavícula.*

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

*Deficiência no membro clavicular
direito. Dor e desconforto
diminuição do força do membro
superior direito.*

*Cicatrizes na parte torácica do
ombro e desconforto no pulso
Bloqueio funcional parcial
longa duração.
Incapacidade.*

*Requerido funcionalmente
ATA média definitiva*

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

21/09/2021

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza -

CREMEC 4411
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411 - RQE 10569



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Fernando de Sousa Moura** - C.P.F. - 370.895.013-53, no dia 24/09/2020, às 18h38min, na Rua Rosinha Sampaio com Rua Antônio Arruda, no Bairro Quintino Cunha (Jardim Guanabara). Considerando que obviamente o SAMU 192 Fortaleza, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza da ocorrência com o paciente em questão do processo N° P164390/2021, provavelmente foi Acidente de Trânsito.


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

Retificamos que houve equívoco no preenchimento dos campos (Nome, Data & QUS); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Fernando de Sousa Moura), Data (24/09/2020) & QUS (18h38min).

Documento requerido por meio do Processo N° P164390/2021.

Fortaleza, 15 de Junho de 2021.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza



DI 64390/2021

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 16 PUNTO DE APOIO: VFC Nº DA OCORRÊNCIA: 0632
 DATA: 24/09/2020 TURNO: MT EQUIPE: Cassiano, Menezes
 NOME: Fernando de Sousa Moura IDADE: 49a SEXO: M
 ENDEREÇO: Trav Korinha Sampaes 1836 cl Ant Annelo
 REFERÊNCIA: Col Dom Felipe BAIRRO: G Anel
 QTY: 1800 QUS: QUY: QUU:

RESPOSTA AO CHAMADO RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPONSIVO NÃO RESPONSIVO
 PÉRVEAS OBSTRUÍDAS
 PRESENTE AUSENTE
 PRESENTE AUSENTE

A **B**
PADRÃO RESPIRATÓRIO **INSPEÇÃO** **PALPAÇÃO / PERCUSSÃO** **AUSCULTA**
 EUPNEICO NORMAL NORMAL NORMAL
 TAQUIPNEICO ALTERADA: ALTERADA: ALTERADA:
 BRADIPNEICO AGÔNICA/AUSENTE

C
PULSO **PELE** **ENCHIMENTO CAPILAR** **SANGRAMENTO EXTERNO**
 NORMOCÁRDICO CHEIO SUDOREICA
 TRAQUICÁRDICO FIUFORME SECA
 BRADICÁRDICO IMPALPÁVEL QUENTE
 LOCAL: FRIA
 ≤ 2 seg > 2 seg
 SIM NÃO

D
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)
ABERTURA OCULAR **RESPOSTA VERBAL** **RESPOSTA MOTORA**
 ESPONTÂNEA 4 3 2 1
 À VOZ 3 2 1
 À DOR 2 1
 NENHUMA 1
 TOTAL: 15
 PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ALTERADAS
 ORIENTADO (A) / SORRI (P) 5 4 3 2 1
 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL 5 4 3 2 1
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) 5 4 3 2 1
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) 5 4 3 2 1
 NENHUMA 5 4 3 2 1
 OBEDECE A COMANDOS
 LOCALIZA A DOR
 MOVIMENTO DE RETIRADA
 FLEXÃO ANORMAL
 EXTENSÃO ANORMAL
 NENHUMA

E
ADULTO **LESÕES** **PEDIÁTRICO**

FC: 76 PA: 120/85 FR: 18 SAMPLA GLIC.: -1- OXIM.: 95% TEMP.:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de coluna M4-5, referiu dor no punho esquerdo e lombar, cursando, assim, com a realização de imobilizações com collar cervical e prancha longa

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: ISE A. Buzina

BOLETIM EMERG:

LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO:

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

CIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MEDICAMENTO

S. DO RESPONSÁVEL:

José Marcelo Vidal Porto
Médico - Traumatologista
CRM: 8590

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

ASS.:

EM: / /

DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

CLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PEL
MU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

SINATURA:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO ACIDENTADO: **FERNANDO DE SOUSA MOURA**

Nº DO PROFISSIONÁRIO: **264665** Nº DO BE: **380904**

DOCUMENTOS: **CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 370.895.013.53**

NASCIMENTO: **08/11/1970(49 ANOS)** SEXO: **M** RAÇA/COR: **PARDO**

NOME RESPONSÁVEL: **USB16-OCOR.0632** ENDEREÇO: **RUA JOSÉ MENEZES DOS SANTOS 1541 CONJUNTO METROPOLITANO**

MUNICÍPIO: **CAUCAIA** UF: **CE** CONTATO: **(85)98546-2252**

CEP: **61.604-390**

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OCORRÊNCIA: **PACIENTE ATENDIDO PELO SAMU NO LOCAL DE OCORRÊNCIA COM TRAUMA NO PUNHO D**

MOTIVO: **COLISÃO CARRO X MOTO**

SINTOMAS: **NI**

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR: **99 (ADULTO)**

TIPO: **NI** KG: **NI** PRESSÃO ARTERIAL: **NI/NI** SAT O2: **NI%** PULSO: **NI** GLUCEMIA: **NI**

TEMPERATURA: **NI °C** ALERGIAS: **NI**

CLASSIFICAÇÃO: **AMARELO** RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **MARIA HELENAAAAA**

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: **24/09/2020 18:52:04**

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: **ATENDIMENTO TRAUMA**

ANAMNESE

vitores acidentado de moto. Do. no peso clavícula D e punho E. Fratura de clavícula (comendi) + punho E (arizim)

DIAGNÓSTICO

SÍNTI SUJEITADO: HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Rx do antebraço e punho (5)</i>		
<i>Rx do ombro D. Ap. e axilar</i>		
<i>Rx da clavícula D Ap e zanca</i>		
<i>Rx Coluna torácica Ap. e P</i>		

ALTA/SAÍDA

TIPO DE ALTA/SAÍDA: DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO

DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL

OBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS

Impresso por MARIA HELENAAAAA em 24/09/2020 às 18:52:11

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.

Internamento

24 SET 2020

Fernando de Sousa Moura

Marta Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAMU - IFCAM

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):

Francisco de Sousa Moura

vítima de acidente de trânsito, em 24/09/2020, sofreu:

Fratura da clavícula direita
Fratura do rádio direito ESF.
CIA - S42.0, S52.5.

e submeteu-se a tratamento(s): cirurgia da
fratura do rádio, osteossíntese
redução e fixação do tráfego
fraturas da clavícula.

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

Deficiência no membro clavicular
direito. Dor e desconforto
diminuição do força do membro
superior direito.

Cicatrizes na parte superior do
braço e desconforto no pulso
Bloqueio funcional parcial
longa duração.
Incapacidade.

Requerido funcionalmente
ATA média definitiva

21/09/2021

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza

CREMEC 4411
Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411 - RQE 10569

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 E ACREDITAÇÃO DE HABILITAÇÃO

NOME
FERNANDO DE SOUSA MOURA

DOC. EMITIDOR / ORG. EMISSOR UF
 98001035062 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
 370.895.013-53 08/11/1970

FRAÇÃO
 GERARDO LEITAO DE
 MOURA
 MARIA LETICE DE SOUSA
 MOURA

RENOVAÇÃO ACC CATEGORIA
 A

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
 04541207307 11/05/2023 07/01/2009

OBSERVAÇÕES
 A

ASSINATURA DO PORTADOR
Fernando de Sousa Moura

LOCAL DATA EMISSÃO
 FORTALEZA, CE 14/05/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Luiz Valdeir de Jesus
 60034676503
 CE165003219

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1638373166

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1638373166

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210220399 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 24/09/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA P1
FRATURA DISTAL DE RADIO ESQUERDO P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO: PLACA E PARAFUSO) E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O OMBRO. P3 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: @4 // @P1 ANEXO

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25