



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Caucaia
Processo: 02044777620228060064
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 22/03/2023 09:42:24

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2880816_CONTESTACAO_0
1 - 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2880816_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-35.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2020

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 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: _____
AGÊNCIA: 3812 CONTA: 18907 8
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: Fernanda de Souza Moura

VISTO DO(A) DELEGADO(A): [Signature]
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7

[Large blue scribbles covering the main body of the document]

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

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)



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

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 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
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: Cassiano, Menezes
 NOME: Fernando de Sousa Moura IDADE: 49a SEXO: M
 ENDEREÇO: Trav Korinha Sampaio 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 FIUFORME
 BRADICÁRDICO IMPALPÁVEL
 LOCAL: _____

PELE
 CÔRADA SUDOREICA
 PÁLIDA SECA
 CIANÓTICA QUENTE
 FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR
 ≤ 2 seg
 > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO
 SIM
 NÃO

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

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

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

RESPOSTA MOTORA
 OBEDECE A COMANDOS
 LOCALIZA A DOR
 MOVIMENTO DE RETIRADA
 FLEXÃO ANORMAL
 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

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão moto-carro, referiu dor no punho esquerdo e lombar, consciência, orientada, nega náusea. Realizou imobilizações com collar cervical e prancha longa

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: JSE A. Buzina

BOLETIM EMERG:

LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO:

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

CIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

S. DO RESPONSÁVEL:

José Marcelo Vidal Porto
Médico - Traumatologista
CRM-MG-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**

NOME RESPONSÁVEL: **USB16-OCOR.0632**

MUNICÍPIO: **CAUCAIA** UF: **CE**

ENDEREÇO: **RUA JOSÉ MENEZES DOS SANTOS 1541 CONJUNTO METROPOLITANO**

CONTATO: **(85)98546-2252**

NOME MÃE: **MARIA LETICE DE SOUSA MOURA**

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

TEMPERATURA: **NI °C**

PRESSÃO ARTERIAL: **NI/NI**

SAT O2: **NI%**

PULSO: **NI**

GLUCEMIA: **NI**

ALERGIAS: **NI**

CLASSIFICAÇÃO: **AMARELO**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **MARIA HELENAAAAA**

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

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA ATENDIMENTO: **ATENDIMENTO TRAUMA**

ANAMNESE

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

DIAGNÓSTICO

SAÍDA SUGERIDA: 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

Marta Ramos

Mat. 45632

Coordenador do SAMU - NIFCAM

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



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: Cassiano, Menezes
 NOME: Fernando de Sousa Moura IDADE: 49a SEXO: M
 ENDEREÇO: Trav Korinha Sampaio 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

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
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 MÉDICO

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 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 (arizim)

DIAGNÓSTICO

SAÍDA SUGERIDA: 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
APOSTO DE SAUDE COLEGE COM ORIGINAL

Marta Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAMU - FICAM

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
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

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

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza

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
 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 |