

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

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

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentação médico-hospitalar</b>    | 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. |
| <b>Formulário do Pedido Seguro DPVAT</b> | Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos "Dados Cadastrais", pois o entregue está incompleto.                                                                                                                                                     |

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

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

|                                          |                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Formulário do Pedido Seguro DPVAT</b> | Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos "Dados Cadastrais", pois o entregue está incompleto. |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220041937

Vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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

Recebedor: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000005438-0

Conta: 000000511251-6

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO** 6 - CPF: **976.512.143-15**  
7 - Profissão: **VIGILANTE** 8 - Endereço: **SETOR 1** 9 - Número: **10** 10 - Complemento: **PERIMETRO**  
11 - Bairro: **PIMN** 12 - Cidade: **MORADA NOVA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **62.940.000**  
15 - E-mail: **eliangelo.sampaio@outlook.com** 16 - Tel. (DDD): **(88) 99259-3933**

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: **5438** **0** CONTA: **0511251** **6** AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (a) 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,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 759 / 2022

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/05/2022 10:52:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2020 22:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **SIT. SETOR 1 PIMN - MORADA NOVA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**  
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**  
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**  
**ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**  
Município: **MORADA NOVA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**  
Email:

**Noticiante(s)**

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**  
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**  
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**  
**ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**  
Município: **MORADA NOVA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**  
Email:

**Histórico**

Cientificado (a) do teor dos arts. 339 (denúnciação caluniosa), 340 (comunicação falsa de crime ou contravenção) e 342 (falso testemunho) do Código Penal, afirma o (a) noticiante Eliangelo Sampaio do Nascimento, residente no Sítio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF: 976.512.143-15, RG: 99015049255, CNH: 03733211200; QUE, no dia hora e local acima informado, foi vítima de um acidente de trânsito; QUE o mesmo informa está conduzindo uma motocicleta de PLACA: HYU-3122, RENAVAM: 00955204666, de sua propriedade; QUE saiu de sua casa para ir para casa de sua mãe, quando ao passar pelo local acima mencionado, uma outra motocicleta colidiu com o noticiante; QUE nesse momento, populares acionaram o socorro médico e em seguida o conduziu para a UPA de Morada Nova; QUE ao fazer os exames necessários foi constatado que o mesmo teria sofrido CORTE EM MENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA E DEFORMIDADE EM



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

Impresso nº 2022571088



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 504 - 759 / 2022**

CLAVICULA DIREITA, COMPATIVEL COM FRATURA; QUE foi transferido para Fortaleza e ao chegar la, foi submetido a procedimentos para tratar os ferimentos; QUE o noticiante afirma ter como testemunhas do acidente as pessoas de nomes:Alexsandro Freitas Fernandes, residente no Sitio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:637.819.213-87, RG:98097155803 e Maria Karina Nogueira Rodrigues, residente no Sitio CH2 Setor 12, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:054.528.543-71, RG:20071338375; (documentos em anexo);QUE o noticiante afirma está prestando informações nesse Boletim de ocorrência, nesta Delegacia de Polícia para dar entrada no SEGURO DPVAT; QUE o noticiante afirma está ciente de que todas as informações prestadas neste boletim de ocorrência é de sua responsabilidade. E nada mais disse////////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*a*

CICERO ROGERIO DA COSTA - MAT.: 3011888x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Erivelton Nunes de Almeida*

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

ERIVELTON NUNES DE ALMEIDA - MAT.: 79111082

## Declaração de Inexistência de IML

[X] 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.

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:** 1912

**CONTA:** 611000

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

06/10/2022

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

PAG\_8147322

**VALOR TOTAL:**

843,75

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

**BANCO:** 237

**AGÊNCIA:** 05438

**CONTA:** 000000511251

---

---

**Número da Autenticação**

91DFDE7D807A5EB9



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO  
RUA FRANCISCO MONTEIRO MAIA, 99 - CENTRO  
MORADA NOVA/CE - CEP: 62940-000 - CNPJ: 07.676.836/0001-50  
FONE: (88) 3422-1377 / PLANTÃO: 99910-1711 - www.saaemn.com.br

| INSCRIÇÃO  | CLASSE     | TARIFA              | RI        | COM | IND | PUB | OUT | MÊS/FAT |
|------------|------------|---------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|---------|
| 0016218.7  | PAR        | R-1                 | 01        |     |     |     |     | 05/2022 |
| HIDRÔMETRO | INSTALAÇÃO | 1.ª ALIQUOTA        | FATURA    |     |     |     |     |         |
| A09X085752 | 01/06/09   | 00.30.43.0000000130 | 220082552 |     |     |     |     |         |

#### IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO  
PIMN - SETOR 1 10, A, PIMN - CH1  
CEP: 62.940-000 MORADA NOVA-CE

#### SERVIÇOS E TARIFAS

| COD | DESCRIÇÃO | PAR | VALOR |
|-----|-----------|-----|-------|
| 01  | ÁGUA      |     | 40,88 |

#### HIDROMETRIA

| LEITURA          | DATA     |
|------------------|----------|
| ANTERIOR.: 1046  | 11/04/22 |
| ATUAL.....: 1049 | 09/06/22 |
| CONSUMO...: 04   | DIAS:28  |
| LEITURISTA: 39   | OCO:00   |

#### ULTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 6 m³

#### PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO: 02-MNO-ETA 2 PERÍODO: 02/05/22 À 02/05/22

| PARÂMETRO | PADRÃO   | TOTAL | ANÁLISE | VALOR MÉDIO |
|-----------|----------|-------|---------|-------------|
| COR       | ATE 15UH | 01    |         | 8,00        |
| PH        | 6,0 A 9  | 01    |         | 7,78        |
| CLORO     | ATE 5,0  | 01    |         | 1,00        |
| TURBIDEZ  | ATE 5UT  | 01    |         | 0,06        |
| FLUOR     | ATE 1,5  | 01    |         | 1,00        |

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO 10/06/2022 VALOR R\$ 40,88

SAAE, HÁ 60 ANOS SERVINDO  
A POPULAÇÃO MORADANOVENSE!

VISITE E EMITA A SUA 2ª VIA NO SITE.  
[www.saaemoradanovace.com.br](http://www.saaemoradanovace.com.br)

ARIS CE 1,50% valor R\$0,61

#### CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO  
RUA FRANCISCO MONTEIRO MAIA, 99 - CENTRO  
MORADA NOVA/CE - CEP: 62940-000 - CNPJ: 07.676.836/0001-50  
FONE: (88) 3422-1377 / PLANTÃO: 99910-1711 - www.saaemn.com.br

0016218.7 ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO 05/2022

VENCIMENTO 10/06/2022 VALOR R\$ 40,88

SAAE 0016218 05/22 220082552  
82670000000-1 40880262001-8 62180522220-8 08255200004-2





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 759 / 2022

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **03/05/2022 10:52:51**  
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2020 22:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **SIT. SETOR 1 PIMN - MORADA NOVA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**  
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**  
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**  
**ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**  
Município: **MORADA NOVA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**  
Email:

**Noticiante(s)**

Nome: **ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Nascimento: **03/06/1983** CPF: **976.512.143-15**  
RG: **99015049255** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Identidade de Gênero: **HOMEM CIS** Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**  
Filiação: **MARIA JOSE DE FREITAS**  
**ORLANDO SAMPAIO DO NASCIMENTO**  
Endereço: **SITIO SETOR 1 PIMN CASA**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **62.940-000**  
Município: **MORADA NOVA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99259-3933**  
Email:

**Histórico**

Cientificado (a) do teor dos arts. 339 (denúnciação caluniosa), 340 (comunicação falsa de crime ou contravenção) e 342 (falso testemunho) do Código Penal, afirma o (a) noticiante Eliangelo Sampaio do Nascimento, residente no Sítio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF: 976.512.143-15, RG: 99015049255, CNH: 03733211200; QUE, no dia hora e local acima informado, foi vítima de um acidente de trânsito; QUE o mesmo informa está conduzindo uma motocicleta de PLACA: HYU-3122, RENAVAM: 00955204666, de sua propriedade; QUE saiu de sua casa para ir para casa de sua mãe, quando ao passar pelo local acima mencionado, uma outra motocicleta colidiu com o noticiante; QUE nesse momento, populares acionaram o socorro médico e em seguida o conduziu para a UPA de Morada Nova; QUE ao fazer os exames necessários foi constatado que o mesmo teria sofrido CORTE EM MENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA E DEFORMIDADE EM



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

Impresso nº 2022571088



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 504 - 759 / 2022**

CLAVICULA DIREITA, COMPATIVEL COM FRATURA; QUE foi transferido para Fortaleza e ao chegar la, foi submetido a procedimentos para tratar os ferimentos; QUE o noticiante afirma ter como testemunhas do acidente as pessoas de nomes:Alexsandro Freitas Fernandes, residente no Sitio Setor 1, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:637.819.213-87, RG:98097155803 e Maria Karina Nogueira Rodrigues, residente no Sitio CH2 Setor 12, s/n, PIMN, zona rural, Morada Nova, CPF:054.528.543-71, RG:20071338375; (documentos em anexo);QUE o noticiante afirma está prestando informações nesse Boletim de ocorrência, nesta Delegacia de Polícia para dar entrada no SEGURO DPVAT; QUE o noticiante afirma está ciente de que todas as informações prestadas neste boletim de ocorrência é de sua responsabilidade. E nada mais disse////////

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*a*

CICERO ROGERIO DA COSTA - MAT.: 3011888x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Erivelton Nunes de Almeida*

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

ERIVELTON NUNES DE ALMEIDA - MAT.: 79111082



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO**

Página  
01

**SETOR: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

NOME: Elizângela Sampaio do Nascimento  
IDADE: 37 DATA DE NASCIMENTO 03/06/83 SEXO: masculino

O Sr. (a) será submetido (a) a um exame de **Tomografia Computadorizada**. Para obtenção das imagens é utilizada a **Radiação Ionizante (Raios X)**. Para a maior segurança, durante o exame utilizamos técnicas e aparelhos que reduzem ao máximo a dose de radiação ao que o paciente é exposto.

Não existe diferença significativa de densidade entre os órgãos e estruturas do nosso organismo, dificultando desta forma a detecção de eventuais doenças. A solução encontrada para isto foi a utilização do meio do contraste, seja ele oral, venoso, retal, etc. O meio de contraste venoso utilizado na Tomografia tem como **substância base o IODO**.

**A utilização ou não do meio de contraste será decidida pelo médico radiologista na hora de seu exame, desde que previamente autorizado neste documento.**

Reações adversas ao meio de contraste podem ocorrer, e na grande maioria das vezes são consideradas reações leves (reações de pele, náuseas, etc). Reações adversas graves, inclusive com risco de vida, podem ocorrer, entretanto são extremamente incomuns, com incidência variando entre 1 para 100.000 a 1 para 100.000 exames contrastados realizados. Incidência menor que o coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito.

**Declaro que li o Termo, compreendi e pude esclarecer dúvidas com a Equipe de Saúde antes da realização do exame de Tomografia Computadorizada e administração do contraste, se necessário.**

AUTORIZO USO DO CONTRASTE ☐ SIM ☒ NÃO

Elizângela Sampaio do Nascimento  
Assinatura do paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico radiologista

Fortaleza- Ceará \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



## Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Idade: 37

Data: 31/08/2020 12:54:29

Sexo: Masculino

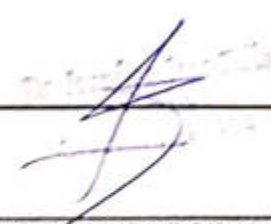
CPF: 97651214315

BAE: 201630

AO TRAUMATOLOGISTA

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO ONTEM A NOITE, SEM CAPACETE.  
APRESENTOU FRATURA EM 1/3 MEDIO DA CLAVICULA DIREITA.

SOLICITO AVALIAÇÃO.

  
Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO  
21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:

CNES 62846920 Fone:

## Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Idade: 37

Data: 31/08/2020 12:54:29

Sexo: Masculino

CPF: 97651214315

BAE: 201630

AO TRAUMATOLOGISTA

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO ONTEM A NOITE, SEM CAPACETE.  
APRESENTOU FRATURA EM 1/3 MEDIO DA CLAVICULA DIREITA.

SOLICITO AVALIAÇÃO.

  
Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO  
21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:

CNES 62846920 Fone:

## Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO  
Data: 31/08/2020 12:56:17  
Sexo Masculino  
CPF: 97651214315  
Idade: 37  
BAE: 201630

MOBILIZAÇÃO DO MSD

TIPOIA

## Receituário

Paciente: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO  
Data: 31/08/2020 12:56:17  
Sexo Masculino  
CPF: 97651214315  
Idade: 37  
BAE: 201630

IMOBILIZAÇÃO DO MSD

TIPOIA

Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO

21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:  
CNPES: 6205487920 Fone:

Dr. JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO

21464/CE

UPA MORADA NOVA

AV. MANOEL CASTRO GOMES DE ANDRADE - N°680 - MORADA NOVA - CE - CEP:  
CNPES: 6205487920 Fone:



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Endereço: AV. MANOEL DE CASTRO, 855, CENTRO, CEARA - CE, 62940000  
Tel. - CNEB: 0263672

Paciente  
**ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO**

Data de nascimento  
**03/06/1983**

Mãe  
**MARIA JOSE DE FREITAS**

Endereço  
**SETOR 1, 10 - PIMN**

Acidente

Idade  
**38a 9m 6d**

Motivo

BAE  
**201571**

Sexo  
**Masculino**

Bairro  
**CENTRO**

Data/Hora Entrada  
**30/08/2020 22:34:12**

CNS

Município  
**MORADA NOVA**

Profissional

**JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO**

Data/Hora Prescrição  
**30/08/2020 23:50:30**

Data Baixa  
**2020-08-31 00:10:45.0**

Telefone de Contato  
**(88) 992593933**

Prontuário  
**94342**

UF  
**CE**

Nº Cons. Regional  
**21464/CE**

Data/Hora Classificação  
**30/08/2020 22:34:12**

## ANAMNESE

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO HÁ POUCAS HORAS, NO MOMENTO COM GLASGOW 15, COM CORTE EM MENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E DEFORMIDADE EM CLAVICULA DIREITA COMPATÍVEL COM FRATURA. CD: REALIZO SUTURA DA LESÃO EM MENTO. SOLICITO RX DO OMBRO DIREITO. SINTOMÁTICOS.  
(30/08/2020 23:50:30 JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO)

## MEDICAMENTO

DICLOFENACO DE SODIO 75 MG/3ML, ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, IMEDIATO (31/08/2020 00:10:45) ✓  
ROSEMARY FERNANDES DAS CHAGAS Técnico de enfermagem

## CID10

V29.9 - Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

## Conduta

Alta médica

## Alta

Data e Hora  
**31/08/2020 00:10:45**

Observações:

Usuário  
**JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO**

Motivo da alta  
**ALTA DA UNIDADE**

Rafael Jaguar  
Medic  
CREMEC

Enfermeiro

**JOSE IVANBERG NOBRE DE SENA FILHO**  
(CRM: 21464/CE)



ANTONIO  
PRUDENTE

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**  
R AGUANAMBI, 1827 - FATIMA (11)633533-3369  
60055-540 FORTALEZA - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO às 09:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 03/09/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S420

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BVZJD90B3S2K0

Solicitacao da Senha : 03/09/2020 08:50:35

- SISTEMA HAPVIDA -  
PROTOCOLO DE MARCACAÇÃO DE EXAME  
=====

Usuario: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENT  
Fone : 85994104180

Credencial: A8030000051004

Exame: TC CRANIO (SEM CONTRASTE) Local: ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP LUIZ FRANÇA

Prestador: LUIS ANTONIO SILVA DE SOUSA

Data: 27/10/2020 15:10

Operador: REGILSF

Marcacao:

PREPARAÇÃO  
=====

HOSPITAL LUIS FRANÇA

AV. HERÁCLITO GRAÇA N° 60  
(CENTRO)

REFERÊNCIA: ENTRE A RUA  
VISCONDE DO RIO BRANCO E  
AV. DOM MANUEL

FONE: 32774058



ANTONIO  
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.  
RESSONANCIA MAGNETICA - HAPFOR  
NºPedido: 38271866

Data 10/09/2020

Pag 1 de 1

Paciente...: 14028476 ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

Nascimento.: 03/06/1983 Sexo: M RG.: 99015049255 SSP CE CPF.: 97651214315

Endereco...: R SETOR 1 10 GIRILANDIA MORADA NOVA CE 62940000

Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: A8030000051004017

Solicitante: Dr(a) LUCIANA MAGALHÃES L

Queixa Principal:

Exame:

RM DE CRANIO

!gle|V"

6873668951

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

### TÉCNICA

Foram obtidas imagens multiplanares do crânio nas sequências pesadas em T1, T2, T2\*, FLAIR e Difusão. Realizadas aquisições ponderadas em T1 em múltiplos planos após a administração do meio de contraste paramagnético.

### COMENTÁRIOS

Fina lâmina de hematoma subdural agudo na região temporoparieto-occipital à direita, com extensão ao território cerebelar e ao aspecto posterior da foice cerebral, com espessura de 0,3 cm.

Hematoma intraparenquimatoso circundado por edema no lobo temporal direito, determinando apagamento dos sulcos locais, medindo 3,1 x 2,7 cm.

Múltiplos focos de marcado baixo sinal em T2\* em situação subcortical na convexidade frontoparietal bilateral, sugerindo micro hemorragias.

Parênquima cerebral restante com intensidade de sinal dentro dos padrões da normalidade.

Cavidades ventriculares de forma, topografia e dimensões normais.

Cisternas da base, cissuras e demais sulcos da convexidade de aspecto compatível com a faixa etária.

Cerebelo e tronco cerebral com intensidade de sinal normal.

FERNANDO MOTA DE CARVALHO - CRM 11747-CE



ANTONIO  
PRUDENTE

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**  
R AGUANAMBI, 1827 - FATIMA (11)633533-3369  
60055-540 FORTALEZA - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO às 09:51, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 03/09/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S420

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO

CRM 11538

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BVZJD90B3S2K0  
Solicitacao da Senha : 03/09/2020 08:50:35

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DO PARLAMENTO NACIONAL DE PROSSOITO  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

CE

ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

DOC IDENTAR / DMS ENREGISTRO  
99015049255 SSP CE

CPF  
976.512.143-15 DATA NASCIMENTO  
03/06/1983

FORMAÇÃO  
ORLANDO SAMPAIO DO  
NASCIMENTO  
MARIA JOSÉ DE FREITAS

PERMISSÃO  
ACC  
CATAR  
AB

Nº REGISTRO  
03733211200 VALIDADE  
23/03/2023 1ª EMISSÃO  
13/08/2005

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
HORADA NOVA, CE DATA EMISSÃO  
11/04/2018

89619872108  
CE164321012

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1637931103

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1637931103

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3220041937 3 - CPF da vítima: 976.512.143-15 4 - Nome completo da vítima: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO 6 - CPF: 976.512.143-15

7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA SETOR 1 9 - Número: 10 10 - Complemento: PERÍMETRO

11 - Bairro: PIMN 12 - Cidade: MORADA NOVA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62940-000

15 - E-mail: ELIANGELO.SAMPAIO@OUTLOOK.COM 16 - Tel (DDD): (85) 99259 3933

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5438 0 CONTA: 0511251 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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/falecido? ☐ 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 - Intenção especial da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: \_\_\_\_\_

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3220041937 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/08/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/09/2022

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.4,6 ANEXO ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3220041937 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/08/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/09/2022

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.4,6 ANEXO ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023313/22

**Número do Sinistro:** 3220041937

**Vítima:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

**CPF:** 976.512.143-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/08/2020

**Titular do CPF:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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-0023313/22

**Número do Sinistro:** 3220041937

**Vítima:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

**CPF:** 976.512.143-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/08/2020

**Titular do CPF:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## 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](http://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-0023313/22

**Vítima:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

**CPF:** 976.512.143-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/08/2020

**Titular do CPF:** ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ELIANGELO SAMPAIO DO NASCIMENTO : 976.512.143-15**

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](http://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.