

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:

461.334.022-53

4 - Nome completo da vítima:

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

6 - CPF:

461.334.022-53

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

RM DO PASTOR

9 - Número:

1368

10 - Complemento:

RURAL

11 - Bairro:

BENFICA

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.909-710

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(68) 99019-6048

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2278 B13 CONTA: 00009684 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varasas)?

Sim Não

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 209 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituída)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RIO BRANCO-AC

23/12/2019

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

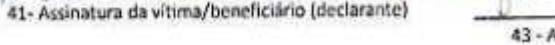
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 00000009684-9

Nr. da Autenticação 5D8C17635F2359E1

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE COM ALTA

Nº. Definitivo...: 90309
Número do CNS...: 708000310749220
Nome.....: DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 6/02/1971 Idade: 47 anos
Sexo: MASCULINO
Responsável.....: DEUSDETE PEREIRA DE ARAUJO
Mae.....: MARIA DAS GRACAS DIAS DA SILVA
Endereço.....: AC 40 TRAMAL DO PASTOR 1368
Cep.: 00000-000
Telefone.....: 3225-2844
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade....: ACRE

DADOS DA ULTIMA INTERNACAO

Data de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2554941
Unica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Data da Internacao: 999.0132
Data da Internacao: 25/05/2018
Data da Internacao: 14:10
Nome Solicitante: 508.583.512-34 - MAX WEBER MIRANDA DE FREITAS
Med. Solicitado: 03.03.09.020-0
Principio.....: S92.7
Identif. Operador.: COSMA

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado: 0303090200 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR
Data de Saída: 29/05/2018 14:10
Especialidade:
Data de Saída: Alta
Principial: S927 FRATURAS MULTIPLAS DO PÉ
Secundario:
Principais:
Secundários:
Outros:



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde			2 - CNES	3 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				
Identificação do Paciente			8 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Valéria Silveira de Araújo</i>			9 - DATA DE Nascimento	10 - RAÇA/COR
			Sexo Masculino	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE			12 - FONE DE CONTATO	13 - FONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - FONE DE CONTATO	15 - FONE DE CONTATO
15 - ENDERÉCOS (RUA, N°, BAIRRO)			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
19 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			19 - CEP	20 - CEP
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Exposição à fumaça e inalação</i>				
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Senhora fumadora</i>				
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exposição à fumaça e inalação</i>				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exposição à fumaça e inalação</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exposição à fumaça e inalação</i>				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CÓDIGO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
<i>Dr. Vítor de Mello Magalhães</i>				
PRESCRIÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)				
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURODORA	38 - N° DO BEM	39 - SÉRIE	
40 - ACIDENTE TRABALHO TIPO (02)	41 - CNPJ EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CÓD. IBGE	44 - CÓD. IBGE
45 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> INDEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO
<input type="checkbox"/> INATIVO	<input type="checkbox"/> CREF		<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO				
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
50 - DOCUMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

NovoAcre www.novocare.com.br

UNIDADE

3

REGISTRO PACIENTE

PACIENTE

DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO

CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - E

131

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ACTIONS DE ENFERMAGEM
DI 25/05/18 DT 25/05/18 FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL DIREITA FRATURA EXPOSTA DE TORNozELO DIREITO LAC 3 ESQUERDO CD LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO PACIENTE EM REGULAR ESTADO GERAL REFERE DOR EM PERNAS DIREITA E OMBRO ESQUERDO AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA 2+4+ EM PERNAS DIREITA ESCORACAOES EM IME DIREITO PULSO E NEUROLOGICO PRESERVADO RX CONTROLE OK	1. DIETA VOLLURE <i>100</i> 2. SF 0,9% 500ML IV 12/24H <i>300</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>300</i> 4. TRAMAL 10MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H <i>100</i> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12H <i>100</i> 6. RANITIDINA 50 MG EV 8/8 HRS <i>100</i> 8. CUIDADOS GERAIS 10. CEFAZOLINA 1GR EV 8/8H <i>100</i> 11. GENTAMICINA 2:0 MG + SF 09 % 250 ML EV 24/24HR PASAR LENTO <i>100</i> 12. CURATIVO <i>100</i>	DOD 04/05/19. NADA DEZ A DPO DO DIA 04/05/19. Tornozelo sem dor, com dor no ombro direito. Dor no ombro direito. medula e gl. e apesar que me manete, muito doloroso. Td. irredentismo ruivo VIG. 900.	



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 04:53 SALA 1 DATA 25/05/16NOME DO PACIENTE ... ID ...PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA Y AMBULATÓRIO () OUTROS ()ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (Y) LOCAL () OUTROS ()INÍCIO DA ANESTESIA 04:40 TÉRMINO DA ANESTESIA ...PROCEDIMENTO REALIZADO ... TÉRMINO DA CIRURGIA 04:46INÍCIO DA CIRURGIA 04:50 TÉRMINO DA CIRURGIA 04:46CIRURGÃO Wimberley AUXILIAR(ES) ...ANESTESISTA ... INSTRUMENTADOR ...CIRCULANTE ... ENF ...

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 40x12 L	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27 I	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 300
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 15 I	GORRO
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAYNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAYNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO L	FRADE	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLOGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
...	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
...	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
...	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

...



11/05/15

FICHA DE ANESTESIA

Paciente	Nayraen Silva de Araujo		Idade	47	Sexo	F	Cor	Registro / BE	
Sector proc.	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input checked="" type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI	
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh	
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta de perna direita									
Al. Respi.	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	Complacência:					
Al. Cardíaca:	ECG: - 25		Alegrias: mto						
Al. Digestiva/Dentes	Pescoco		Peças Dent						
Al. Urinária:	Drogas em Uso:								
Exame Mental									
Endoscópio: Anteriores	ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Risco						
Medicação: Pré-anestésica:	M&G		Hora:		Efeito:				
HORA	22	C	23	00	01	02			
GASES	O ₂								
	NO ₂								
Saturação	HALOS								
SPO ₂	(RL 100%)								
	(SF 100%)								
240									
220									
200									
180									
160									
140									
120									
100									
80									
60									
40									
20									
X									
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:		Monitorização:					
1. Procaine 1000 mg + 50 mg morfina		Laringoscopia		Ap. Cardíaco					
2. Etomidato + 2 mg fentanyl		Cirúrgia: Laringoscopia + fixador externo		Ap. Respir					
3. Dexametasona 10 mg		Cirurgião/Auxiliar: CR direcional		Ap. CV					
4. Fentanyl 100 mcg		OBS:							
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo)									

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇOES UNIDAS, 700. - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO (EME)
Requisicao: 18.PC.2.006784
Num. do BE: 02554941

Idade.: 47A
Requis.: 27/05/201

MS. Origem.: HUERB/PS CCB
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Numero de milhoes...	4,27	mm3	VR: H:6,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Concentracao.....	11,80	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Corporulações.....	36,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 49 %
Plaquetas.....	83,60	fL	VR: 78 a 98 fL
Leucocitos.....	27,60	pg	VR: 26 a 34 pg
...	33,00	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocitria Global.....	9.100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Leucocitose.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Neutrofilos.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Neutrofilo Absoluto.....	273	mm3	
Leucocitose.....	0	%	VR: 0 %
Neutrofilos.....	0	mm3	
Monocitose.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Monocito Absoluto.....	0	mm3	
Eosinofilia.....	0	%	
Eosinofilo Absoluto.....	0	mm3	
Basofilia.....	7	%	VR: 0 a 5 %
Basofilo Absoluto.....	637	mm3	
Segmentados.....	60	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	7.280	mm3	
Linfocitose.....	9	%	VR: 21 a 35 %
Linfocito Absoluto.....	728	mm3	
Monócitos.....	2	%	VR: 4 a 8 %
Monócito Absoluto.....	182	mm3	
Eosinofilia.....	0	%	VR: 0 %
Eosinofilo Absoluto.....	0	mm3	

VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÓ PARA PACIENTES ADULTOS.

Digitado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 27/05/18 as 09:15 Coleta: 27/05/18 as 06:23-1a. Via impressa: 27/05/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	1 MINUTO E 45 SEGUNDOS	VR: 1 a 5 minutos
Tempo de Coagulação.....	6 MINUTOS E 30 SEGUNDOS	VR: 2 a 10 minutos
Contagem de Plaquetas.....	106.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

AUXILIAR DE ENFERMAGEM
Farmácia 01-06-2018

Digitado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 27/05/18 as 09:15 Coleta: 27/05/18 as 06:23-1a. Via impressa: 27/05/18

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇOES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO

ID paciente:

ID amostr: 5

Data nascimento:

Idade:

Cod barra: 2006784

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 27/05/2018

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GL	113	mg/dL		
URE	31	mg/dL		
GRI	1.2	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 27/05/2018 Data/Hora teste: 27/05/2018

Data/Hora impr.: 27/05/2018 07:38:04

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: *1º episódio de febre +*
anorexia (2)

História da Doença Anterior: *2º episódio de febre*

Exame Físico: _____

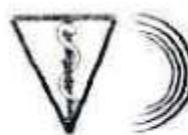
Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: *12*

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/ COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 26-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 27-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 28-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 29-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 30-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 35-OBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 36-OBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 37-OBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 38-OBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO



VianaClin

Receituário

Lindo Mello

Atos para 2 dentes fissos, que
o paciente Deuzimar S. da Silva tem
44 anos de idade. O molar superior é
muito de fratura, apresentando, os
seguintes diagnósticos:

- Fratura Exposta do Túbero
após a fratura direta
- Fratura Exposta do Fio de dentes
- Fratura 2º dos cortais Esquerdo
- Retorno Introdorsal de L4 x L5.
- Luxação Ombo Direito Tornozelo
Esquerdo

CTD10: S43 + S52 + M512 + S223 + X570

Assinatura

20 DEZ 2019

Agendamento (68)3223-3795/99962 78671 99244 2606

Rua Pláu N° 208 -Dom Giocondo Rio Branco - Acre

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Ident. 174466

Médico (Solicitante): Dr.(a) VINICIUS DE MACEDO MAGALHAES

Data: 28/03/2019

Sexo: Masculino

Idade: 43a, 10m, 11d

Convênio: SUS SESACRE

RX-TORAX AP-P

RELATÓRIO:

Transparência pulmonar normal.

Seios cardio e costo-frênicos livres.

Área cardíaca normal.

Fratura em consolidada interessando o 2º arco costal anterior à esquerda.

Partes moles adjacentes preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- FRATURA EM CONSOLIDADA INTERESSANDO O 2º ARCO COSTAL ANTERIOR À ESQUERDA.

RIO BRANCO – AC, 16 de abril de 2019



DRº MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLOGISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Idade: 44 A

Data: 13/12/2019

Atendimento: 83142

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

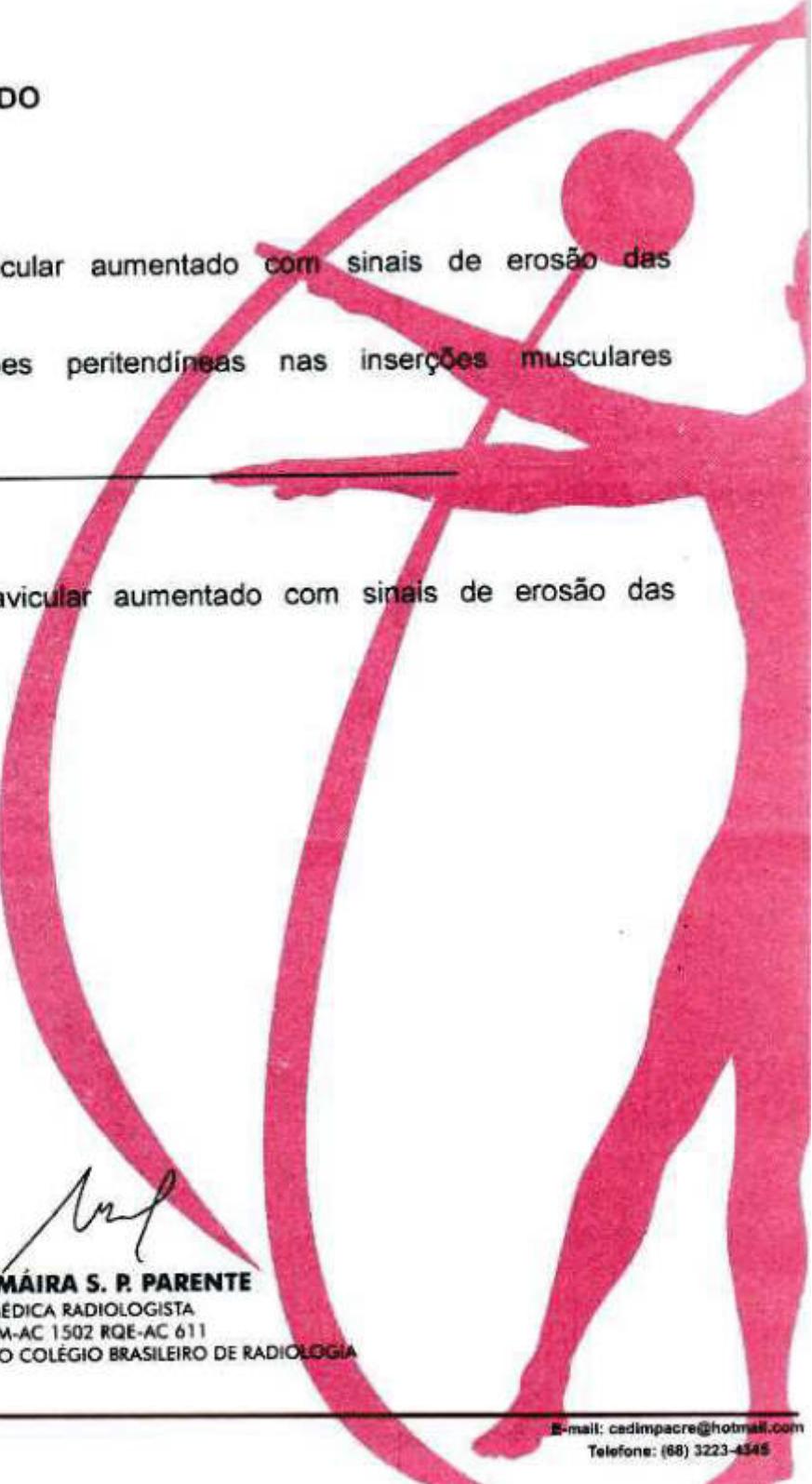
RELATÓRIO:

Espaço articular acromio-clavicular aumentado com sinais de erosão das superfícies articulares.

Não identificamos calcificações peritendíneas nas inserções musculares radiografadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Espaço articular acromio-clavicular aumentado com sinais de erosão das superfícies articulares.




DRA. MÁIRA S. P. PARENTE
MÉDICA RADIOLÓGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611
MEMBRO TITULAR DO COLEGIÓ BRASILEIRO DE RADIOLÓGIA



Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Idade: 44 A

Data: 13/12/2019

Atendimento: 83142

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura consolidada interessando a diáfise distal da tibia e da fibula.

Osteossíntese cirúrgica interessando a fibula distal.

Relações osteo-articulares preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura consolidada interessando a diáfise distal da tibia e da fibula.
- Osteossíntese cirúrgica interessando a fibula distal.



DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLÓGISTA

CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLÓGIA



Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Idade: 44 A

Data: 13/12/2019

Atendimento: 83142

RADIOGRAFIA COLUNA LOMBAR AP E PERFIL:

RELATÓRIO:

Eixo lombar mantido.

Osteófitos incipientes.

Presença de vértebra de transição lombo-sacra (VT).

Redução do espaço interdiscal de L4-L5.

Densidade óssea normal.

Lâminas, apófises, pedículos e corpos vertebrais conservados.

Não há evidência de espondilólise ou espondilolistese.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Espondilopatia degenerativa lombar incipiente.
- Vértebra de transição lombo-sacra (VT).
- Redução do espaço interdiscal de L4-L5.



DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLISTA

CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLEGIOS BRASILEIRO DE RADIOLÓGIA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2554941 DATA: 25/05/2018 HORA: 15:39 USUARIO: KHERLLY
CNS: 708000310749220 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DEUZIMAR SILVA DE ARAUJO DOC...: NT
 IDADE...: 47 ANOS NASC: 06/02/1971 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO...: AC 40 TRAMAL DO PASTOR NUMERO: 1368
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: AC 40
 MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE...: DEUSDETE PEREIRA DE ARAUJO /MARIA DAS GRACAS DIAS DA SILVA
 RESPONSAVEL...: VEIO NO SAMU TEL...: 3225-2844
 PROCEDENCIA...: RODOVIA - AC 40
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[160]x78mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[76] SPO2[100%]

EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TEC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

1 a.m. f. Chegada pelo carro paciente relata - muito
 cansado e fome de um jeito afovelo (+)
 e sentimento de dor abdominal, nja perna de
 consciencia, suores e fortes hemicentinas, nja
 obs. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
 mas a dor persiste, impõe, monótona, constante

DIAGNOSTICO: f. s. f. Ad. Plano, folicida, abd(+), hemic.

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Diproveros 200 mg (R)	16:00
2) F. lozal 70mg (R)	
3) 100	
4) por cuidado no copo dia	

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARMIM DO MEDICO

- LAC III (E)

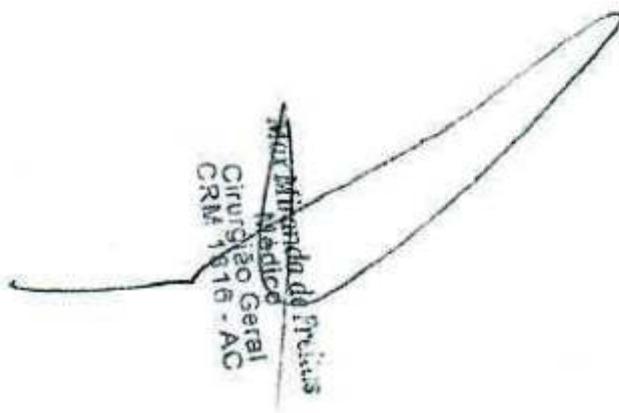
CARMIM

fras. TIBIA/FIBULA - D'

FAST:

16.55

Sem líquido livre no
coração observado no ventricle



الإسكندرية
جامعة الإسكندرية
كلية التربية، كلية التربية
الفنون، كلية التربية، كلية التربية
الفنون، كلية التربية، كلية التربية

جامعة الإسكندرية

جامعة الإسكندرية

جامعة الإسكندرية

جامعة الإسكندرية

جامعة

جامعة

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade:

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA PROPOSTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CIRURGIA REALIZADA:

DATA:

CIRURGIAO:

Dr. Vinícius Negalhac

2º AUXILIAR

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR (A)

Najara

ANESTESISTA:

Dr. Tony

ANESTESIA:

Laguna

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

() NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO

() SIM

() NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

() ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Q. Pct. dnh rob. oncol. e

Q. Aspergila, onco repara + carpos

- (2) Angulación era louna via fibula, fijación
en yugular escondida en gr
- (3) Nervios curvados • fijación estomacal en fíbula
300 mm
- (4) Angulación era louna via fibula, fijación
por plástico en fíbula
- (5) Límpia el estoma, reducción o osteosíntesis
el fíbula 113 de como 35 mm de fíbula + 6 mm
de los cartílagos 15-20 mm
- (6) Control de microscópico en
- (7) Límpia de FO
- (8) Sutura por plástico + anclaje distal

Dr. Vinícius de Macêdo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM IAC 1241

ROTE



1020511
1990-0444

Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

ID: 61862
83145



6.000-6.10 MHz
1000 sec. (1000 sec.) AKA 100
1000 sec. (1000 sec.) 1000 sec.

A M
G S C

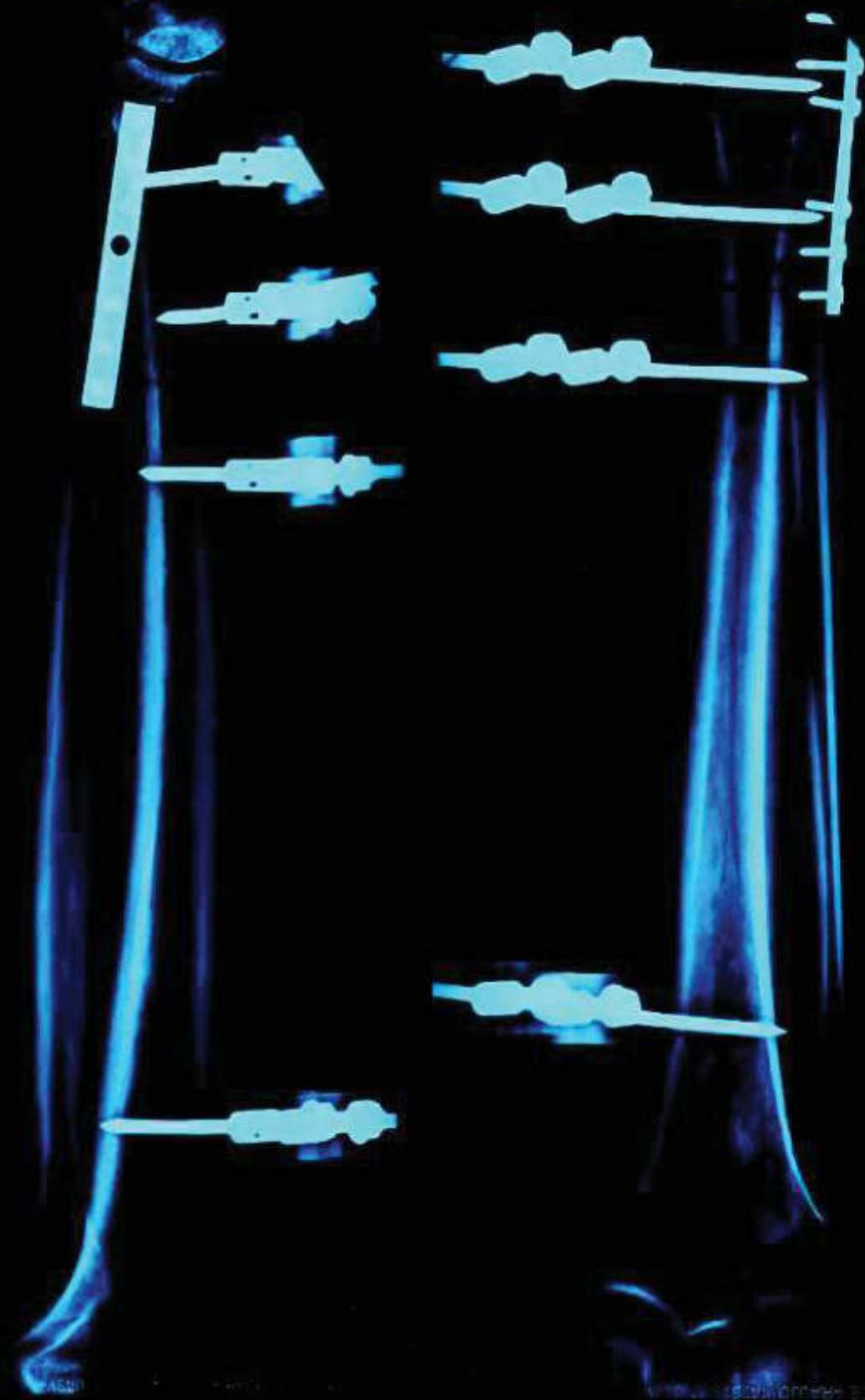


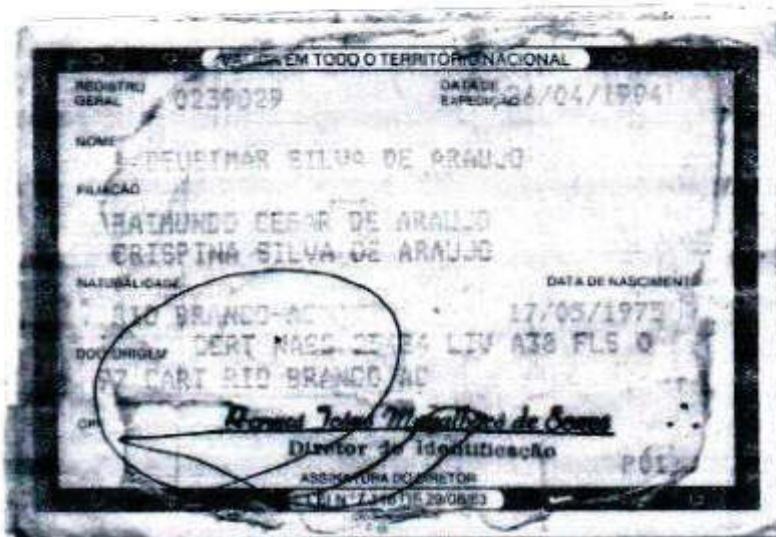
AP-D



P/D

A/P/D





CPF - Comprovante de Inscrição



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
- Instituto de Pessoas Fisicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Number

461.334.022-53

Name _____

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Nascimento

17/05/1975

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROL E

6F81 621E 96AC 3EA3

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comparação emitida pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

75 12:11:37 do dia 19/06/2014 (hora a data de Brasília)

digitos verificadores: 00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468423/19

Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

CPF: 461.334.022-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO : 461.334.022-53

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: 26/12/2019
Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
CPF: 461.334.022-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719659 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR GRAU III À ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA DA FÍBULA DIREITA
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL ANTERIOR À ESQUERDA P14
FRATURA EXPOSTA DISTAL DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSO) P9 22 23 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: @13

IMAGEM: P25 À 28

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468423/19

Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

CPF: 461.334.022-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO : 461.334.022-53

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: 26/12/2019
Nome: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO
CPF: 461.334.022-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719659

Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190719659 **Vítima: DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO**

Data do Acidente: 25/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO**

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

Banco: **104**

Agência: **000002278**

Conta: **000009684-9**

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

461.334.022-53

4 - Nome completo da vítima:

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

6 - CPF:

461.334.022-53

7 - Profissão:

RECUSO-ME

8 - Endereço:

RM DO PASTOR

9 - Número:

1368

10 - Complemento:

RURAL

11 - Bairro:

BENFICA

12 - Cidade:

RIO BRANCO

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.909-710

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(68) 99019-6048

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2278 B13 CONTA: 00009684 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varasas)?

Sim Não

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 209 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituída)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RIO BRANCO-AC

23/12/2019

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

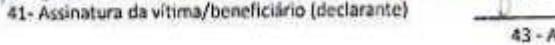
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DETRAN
ACREPovo
do AcreBOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

13455

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

Rodovia AC 40

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC
FM FRENTE AO COMERCIAL MARANHÃO06 HORA DA
OCORRÊNCIA

16:42

07 ZONA
RURAL / URBANA

RURAL

08 DATA

17/10/18

09 DIA DA SEMANA
SEXTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO CONCRETO PARALELÍPEDO CASCALHO TERRA AREIA

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA MOLHADO OLEOSA ENLAMEADA DANIFICADA OBRAS

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM CHUVA NEBLINA GAROA

14 N.º DE VEÍCULOS

02

15 N.º DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS
COM VÍTIMAS

16 NOME CONDUTOR

PAIMARDO MOURA DE SOUZA

17 SEXO

M F

18 NASCIMENTO

10/06/18

19 ENDEREÇO TEL.: 98170 8191 OU 99954 6225;
BA 364 KM 105 - RONDEL DO CARIOU KM 02 (FAZENDA N.º 6000)

20 1ª HABILITAÇÃO

15/10/10

21 CATEGORIA

AD

22 PRONTUÁRIO

1900557645

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM NÃO

25 USAVA CINTO

SIM NÃO

26 USAVA CAPACETE

SIM NÃO

27 MARCA

FORD/F4000 4X4

28 ESPÉCIE

CARGO / CAMINHÃO

29 PLACA

NAF 8511

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

ATACADO DE MATERIAIS RIO BRANCO IND. COM. LTDA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9BFLF4094B5 096751

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

36 AVARIAS

SETOR LATERAL ESQUERDO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECEU NO LOCAL

43 SEXO

M F

44 NASCIMENTO

11/10/18

42 NOME CONDUTOR

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

45 ENDEREÇO

AV. JK N.º 477 - VILA JORGE KALOUÉ - TEL.: 99931 6406

46 1ª HABILITAÇÃO

01/10/2001

47 CATEGORIA

AD

48 PRONTUÁRIO

01647794402

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM NÃO

51 USAVA CINTO

SIM NÃO

52 USAVA CAPACETE

SIM NÃO

53 MARCA

ITAZUKI EN125

54 ESPÉCIE

IAS / MOTOCICLO

55 PLACA

NAC 1926

56 ENDEREÇO

57 MUNICÍPIO

Rio Branco

58 UF

AC

59 NOME DO PROPRIETÁRIO

DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO

60 CHASSIS

9CJNF412JBM 334971

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

62 AVARIAS

SETOR FRONTAL, SETOR LATERAL ESQUERDO E DIREITO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZIU PELA SAMU AO PS.

69 SEXO

M F

70 NASCIMENTO

11/10/18

68 NOME

CONFERE COM O ORIGINAL

71 ENDEREÇO

EM: 06/10/18

78 ENDEREÇO

Alessandro Soárez da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

72 IDENTIDADE N.º

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

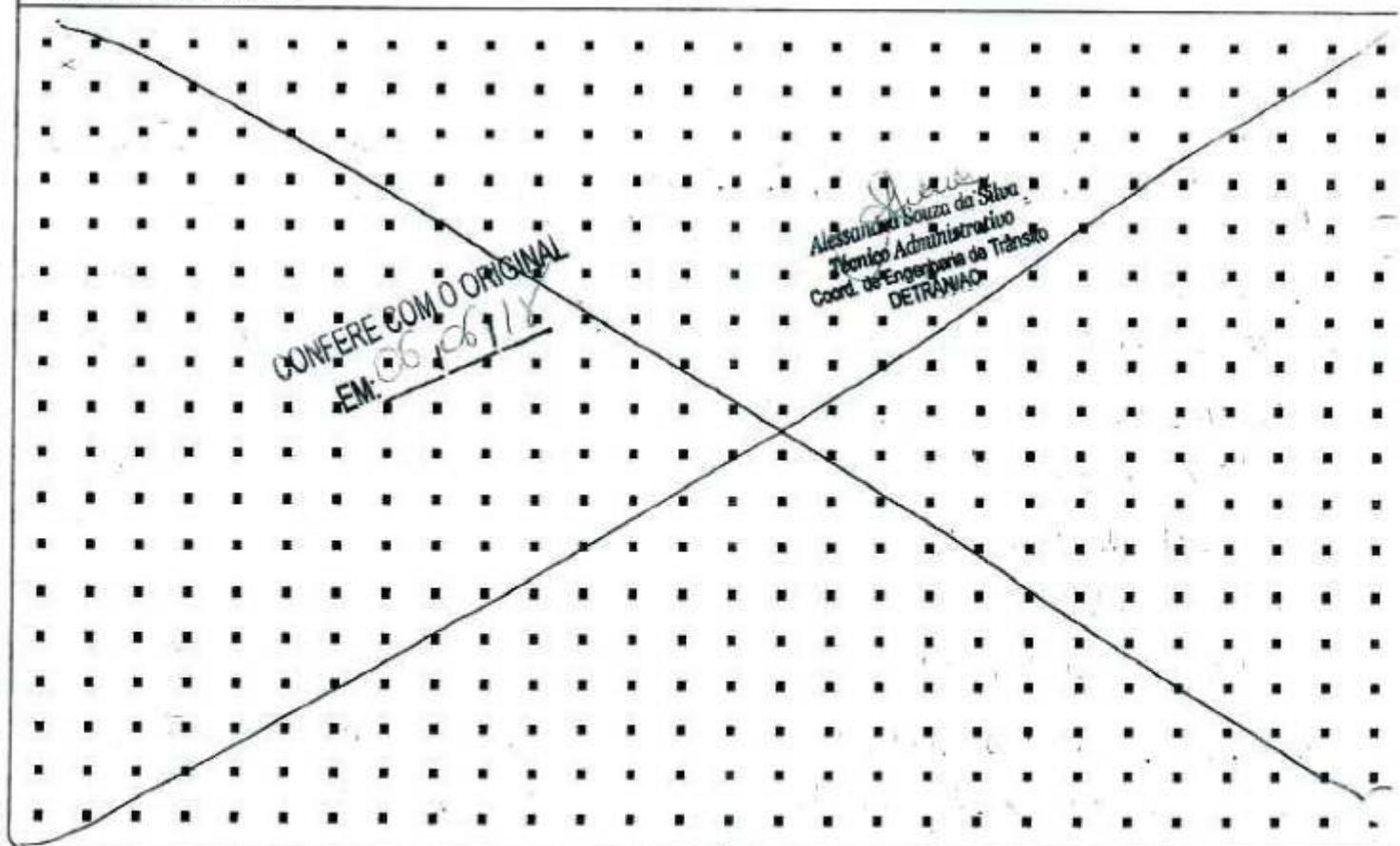
79 IDENTIDADE N.º

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

82 NOME DEUSIMAR SILVA DE ARAUJO	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 17/05/1977
85 ENDEREÇO AV. JK N. 477 - VILA JORGE KALUME	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEÍCULO N. 2
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	89 CONDUZIDA PARA O MORTO SOLONIO DELO SAMU,	88 USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
91 NOME	92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO
94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEÍCULO N. 2
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA	97 USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
QUE O V1 TRANSITAVA NO SENTIDO BOAVENTURA, QUE NO CHEGAR NAS PRÓXIMAS RODAS DO COMERCIAL PANAMA, SEGUIU O MESMO E FICOU NO MARGINAL, LOGO EM SEGUINTE REALIZOU A CONVERSÃO PARA ANDAMENTO A O COMERCIAL PANAMA, QUE NÃO AVISOU O V2, QUE LOGO EM SEGUINTE COLIDIU NO SETOR LATERAL ESQUERDO DO V1, V1 REALIZOU O TESTE DO SEU FUMETTO, COM RESULTADO DE 0,002 PARA PRESENÇA DE ALCOOL. PERÍCIA COMPROVOU NO LOCAL DANE TANTOS OS PROBLEMA ENTRE OS PAGAVELIS. QUE O V2 TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO. VEÍCULO DO V2 LIGARANCO O SÓU DE MORTO ACIMA DO SUELO SULCO, CUM RÉG: 06469940766, CAT.: B / VEÍCULO FICOU NA RESIDÊNCIA DO MESMA.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO BETTAN / PMAC
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG MAYRIL / 4646
108 ASSINATURA Assinando na desonra	109 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	110 ASSINATURA Assinando na desonra
111 LOCAL PIJU BANCO, ACNE		112 DATA 25/05/18