
Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115693

Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONIDAS MACIEL FERREIRA 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



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200115693 Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 09/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

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

| | |
|--------------------------------|--|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações. |
| Documentos de identificação | Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações. |

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.

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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115693

Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONIDAS MACIEL FERREIRA 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\$ 4.050,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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

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: **LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **341**

Agência: **000004445**

Conta: **0000034811-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 01241490309 4 - Nome completo da vítima: Leonidas Maciel Ferreira Araújo

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

5 - Nome completo: Leonidas Maciel Ferreira Araújo 6 - CPF: 01241490309
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Tita 9 - Número: 3043 10 - Complemento: alto
11 - Bairro: Casa do porto 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60380390
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 987253682

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 ☐ 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: Banco Itaú
AGÊNCIA: 4445 CONTA: 34833 S
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 13 de março de 2020.
x LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAÚJO
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 TRÂNSITO
Impresso nº 2020127754



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 305 - 413 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/02/2020 13:47:31**
Data / Hora da Ocorrência: **09/01/2020 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SEBASTIÃO DE ABREU, COCO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados de(s) Vítima(s)

Nome: **LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO**
Nascimento: **20/08/1985** CPF: **012.414.903-09**
RG: **2001012038619** Órgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA DE FATIMA FERREIRA ARAUJO**
JOSE CANDIDO DE ARAUJO
Endereço: **RUA TITAN, 1041 ALTOS**
Bairro: **CAIS DO PORTO**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL**

UF:

CEP: **60.180-190**

Telefone: **(85) 8725-3682**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POE6944** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2200KR127570** Renavam: **1204468408** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **NOVA ERA CONSULTORIA IMOBILIARIA EIRELI** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 09 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 10H00, TRAFEGAVA PELA AVENIDA SEBASTIÃO DE ABREU, NA MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN, PLACA POE 6944, QUANDO DERRAPOU NA VIA, QUE ESTAVA MOLHADA, UMA VEZ QUE CHOVIA NA OCASIÃO, QUE VEIO A SOLO, FRATURANDO DEDO POLEGAR E MÃO ESQUERDOS, ENTRE OUTRAS LESÕES NA MÃO DIREITA E TORNOZELO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDOS PELO SAMU, O QUAL LEVOU-LHE PARA O HOSPITAL FROTINHA DO BAIRRO ANTÔNIO BEZERRA, E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 804579-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

01241490309

Leonidas Maciel Ferreira Araújo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Leonidas Maciel Ferreira Araújo

01241490309

rua Jita

3041 altos

Cais do porto

Fortaleza

CE

60380390

987253682

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 ☐ 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: Banco Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, 13 de março de 2020.

x LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAÚJO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192
REGIONAL FORTALEZA

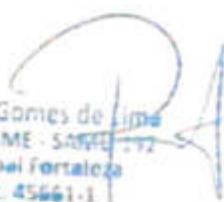
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a) **Leónidas Maciel Ferreira Araujo** - C.P.F. - **012.414.903-09**, no dia **09/01/2020**, às **10h57min**, na **Avenida Sebastião de Abreu**, no **Barro Edson Quairoz (Cocô)**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P032446/2020**.

Fortaleza, 21 de Janeiro de 2020.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo César Campos Cabral
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



R-030446/2020

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE EMERGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

R. Sebastião de Almeida - S. 15

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

98974.9826

VEÍCULO: V-13 PUNTO DE APOIO: Ruy 21 Nº DA OCORRÊNCIA: 0328
 DATA: 09/01/19 TURNO: MT EQUIPE: Vitor R. Barbosa
 NOME: Ozequias Manoel Ferreira Araújo IDADE: 34 SEXO: M
 ENDEREÇO: R. Sebastião de Almeida - S. 15 BAIRRO: P. Ceará
 REFERÊNCIA: R. Trás da Graça QTY: 10:44 QUS: 10:54 QUY: 11:54 QUU: 12:19
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Culada (Queda de joelho)

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO
☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO
☒ PÉRVAS ☐ OSTRUÍDAS POR: _____
 EXPANSÃO TORÁCICA
☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
 PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

B **INSPEÇÃO**
 PADRÃO RESPIRATÓRIO
☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE
 RESPEÇÃO
☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
 PALPAÇÃO / PERCUSSÃO
☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
 AUSCULTA
☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

C **EXAMENOS**
 PULSO
☐ NORMOCÁRDICO ☒ CÍSTICO ☐ TRIANGULAR ☐ GRADICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL
 PELE
☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDORICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA
 ENCHIMENTO CAPILAR
☐ ≤ 2 seg ☒ > 2 seg
 SANGRAMENTO EXTERNO
☐ SIM ☒ NÃO

D **EXAMENOS**
 ESCALA DE COMA DE GLASSOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)
 ABERTURA OCULAR
 ESPONTÂNEA ☒ 4
 A VOZ ☐ 3
 A DOR ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1
 TOTAL: 5
 RESPOSTA VERBAL
 ORIENTADO (A) / SONHO (P) ☒ 5
 CONFUSO (A) / SONHO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4
 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1
 RESPOSTA MOTORA
 OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
 LOCALIZA A DOR ☐ 5
 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
 NENHUMA ☐ 1
 PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E **EXAMENOS**
 ADULTO
 LESÕES
 A.T.W. paradas (ano 1) - Cefaléia
 PEDIÁTRICO

SABEPLA
 FC: 40 PA: 120 x 80 FR: 18 GLC: - O2DM: 98% TEMP.: -
 Pac. vit. de quadro de joelho aberto, orientado, mas apresenta a cambada principal e dan seu membro direito com flexões e liberação de tendão rompido.

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04445

CONTA: 000000034811-5

Autenticação:

385EB210132E912DCAB3BE76BDBC5DD570A539191050281D95B5012FA12D2000



ANEXO 1534-20

002366258

DADOS DO CLIENTE

ROSINEIDE G DOS SANTOS

RUA TIB. 1641, ALTOS, C.A.S. DO PORTO
FORTALEZA - CEP: 50180-150

Codificação: 001.011.0431.0110.0001.00.00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE A CONTAGEM

| Serviço | Medidor | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumenidade | Método Semestral |
|---------|-----------|------------------|---------------|--------------|------------------|
| ÁGUA | 681805436 | 651 | 653 | 2 | S |

DATAS

Leitura atual: 05/03/2020 Emissão: 05/03/2020 Leitura água: 99
Leitura anterior: 05/02/2020 Próxima leitura: 04/04/2020 Leitura anterior: 4978008
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2020

| Nº de amostras | Cloro | Turbidez | Cor | Bactérias totais | Escherichia coli |
|-----------------|-------|----------|-----|------------------|------------------|
| Extensão | 518 | 510 | 121 | 510 | 510 |
| Por amostra | 524 | 533 | 534 | 534 | 534 |
| Em conformidade | 532 | 531 | 534 | 514 | 532 |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME | | |
|------------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|
| | | Mês/Ano | Água (m³) | Esgoto (m³) |
| ÁGUA | 28.50 | | | |
| ESGOTO | 22.64 | mar/19 | 5 | 4 |
| | | abr/19 | 5 | 4 |
| | | mai/19 | 7 | 5 |
| | | jun/19 | 5 | 4 |

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

1. 1999

100

1

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

FOR NUS & DEANS REFERRALS

COLLEGE OF MOTION

1108

1472

VIEWPOINT

05.04.2017

74.9540 1000 7.25

[illegible]

Journal of Interpersonal Violence 26(10)

NEGA

BRUNO HANKESTEIN DE MEDEIROS

0000-0001-9300-0000

ATTENDING NURSES' COMMENTS

0678-9451/00/0000-0000\$10.00/0

Futura do Programa de ES9

1. *Admiral* 2. *TC* 3. *Chand* 4. *Par*

546 JOURNAL OF DOCUMENTATION

© 1999 American Psychological Association

3030902610

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

1. TIPO DE AÇÃO MEDICA (1)A PEDIR () TRANSFERENCIA () OUTROS () OUTRO ()
DESTINO DO CORPO () FAMILIA () IMI () ANAT PATR

CRASH 2015

Hospital Distrital De Esperanza Reyes de Mucuna
ATESTADO QUE CONFORME COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador de SAME - IDEAM



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone (35) 3283 4784 / 93800 0778

RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Leandro Ma.
cunha Figueira Aguiar Sobrinho
fratura distal do rádio e
+ fratura da base do 1º V. de
te. corpo 12/01/2020
submetido a tratamento
conservador + mobilização
1. punção com agulha
de punção de 21 gauge 50%
e 12 gauge 30% perder a
mobilização + limitação de
mov. v. de 12 gauge de 12 gauge
+ 12 gauge de 12 gauge de 12 gauge

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 10/03/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECA/EM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS. / COREN:

paciente hospitalizado com agudização

ASS. / COREN:

| | | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|----------------|--|
| UNIDADE DE SAÚDE: <u>Unidade de Saúde de Alta Complexidade</u> | | DESTINO DO PACIENTE | | BOLETIM EMERG: | |
| LIBERADO | <input checked="" type="checkbox"/> RECURSA | <input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS | <input type="checkbox"/> OUTRO: | | |
| ÓBITO → | <input type="checkbox"/> NO LOCAL | <input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE | | | |
| PACIENTE ACOMPANHADO: | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: | | |
| S. DO RESPONSÁVEL: | | | | | |

EM: / / às

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

SPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

SCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

ICA:

EM: / /

S. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

J, _____ RG / CPF _____

ECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Fortaleza

RECEITA

Leonilda Maciel
Ferreira Araújo

13 30 SS de Fexofenadina

05/05/2020.

[Signature]

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DRUGAS, MEDICAMENTOS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE - PERGUNTE AO SEU MÉDICO
RUA CARANDÁ MATA - 294 - ANTÔNIO BEZERRA - FORTALEZA - CEARÁ - CEP: 04.105-000

ORÇAMENTO 2024

PRIMA DO FUTURO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: LEONIDAS MARCEL FERREIRA ARAÚJO

Procurador: 215045

USO ORAL
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS

100% de 100mg Glibenclamide - 100mg
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS
12/12h por 5 dias



Data: 12/01/2024

RENATA CANDIDO BORGES
150045104

Assinatura

Rua Alvaro Sampaio, 440 - Praia do Futuro - CEP 06.182-415 - Fortaleza - CE - Telefone: (85) 3244-6566
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus próprios e contribuições sociais

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: LEONIDAS MARCEL FERREIRA ARAÚJO

Procurador: 215045

USO ORAL
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS

100% de 100mg Glibenclamide - 100mg
TOMAR 01 CP 12/12H POR 5 DIAS
12/12h por 5 dias



Data: 12/01/2024

RENATA CANDIDO BORGES
150045104

Assinatura

Rua Alvaro Sampaio, 440 - Praia do Futuro - CEP 06.182-415 - Fortaleza - CE - Telefone: (85) 3244-6566
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus próprios e contribuições sociais



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO DEZERRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

IDENTIFICACAO
LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

TIPO DE CADASTRO
CADASTRO DE PESSOA FISICA (CPF: 012414903-09)
USUÁRIO OCOR
FORTALEZA
CE
00.100-100

DADOS PESSOAIS

DATA DE NASCIMENTO
20/03/1985 (24 ANOS)

IDENTIFICACAO
242704
331666

NOME DA PESSOA
M
MARIA DE FATIMA FERREIRA ARAUJO

ENDEREÇO
RUA ITA 1041 LAIS DO PORTO
CE
(05)9974-9036

LOCAL DO ATENDIMENTO

ORIGEM DO PACIENTE

DIAGNOSTICO
TRAZIDO PELO SAMU LUXACAO DE TORNOZELO ESQUERDO E PUNHO DIREITO
DOR NOS LOCAIS REFERIDOS

CLASSIFICACAO DE RISCO

CAUSA DO ATENDIMENTO
QUEDA DE MOTO

IDADE DO PACIENTE
2 (ADULTO)

EXAME FÍSICO
Nº KG
RESPIRATORIA
Nº C
CIRCULACAO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
N/N
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS

SAT O2
98%

PULSO
N

TEMPERATURA
N

DETERMINACAO DO AGENCIAMENTO
BRUNO BARROSO DE MEDEIROS

DATA DO ATENDIMENTO
09/07/2010 12:00:00

LOCAL DO ATENDIMENTO
ATENDIMENTO EMERGENCIA

ÁREA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

*Amo no pto de Ete,
marc, Lousado
Fratura do punho de Esg
punto de Esg
fratura do punho de Esg*

EXAME FÍSICO
() TC () RX () US () ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

EXAME FÍSICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3030902010

NOTAS

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMI () ANAT. PATOL

Mário Jorge Gomes da Silva

Coordenador de Traumatologia

09/07/2010 12:00:00

Impressão por BRUNO BARROSO DE MEDEIROS em 09/07/2010 às 12:00:00
Declaro sob pena de falsidade, que a informação acima é verdadeira e que assumo toda a responsabilidade, sob pena de ser responsabilizado.

Posto

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador de SAME - HDEAM

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

CPF: 012.414.903-09

DATA DE NASCIMENTO: 20/08/1985

LOCAL DE NASCIMENTO: FORTALEZA, CE

DATA DE EMISSÃO: 28/05/2011

VALIDADE: 24/06/2016

CEARA

1642833015

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Nome

012.414.903-09

Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO

GRUPO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 20/08/1985

MUNICÍPIO/UF: FORTALEZA/CE

ASSINATURA: Haroldo Carneiro da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115693 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115693 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
ARAÚJO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOP ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E LEVE DOA MÃO ESQUERDA

**Documentos
complementares:**

Observações: @2 CONFORME LAUDO DO DR JOÃO BATISTA G. DA SILVA, CRM 5155, DATADO DE 10/03/2020

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 uma das mãos | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 30 % | R\$ 4.050,00 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091703/20

Número do Sinistro: 3200115693

Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

CPF: 012.414.903-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/01/2020

Titular do CPF: LEONIDAS MACIEL
FERREIRA ARAUJO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

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: 18/03/2020
Nome: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO
CPF: 012.414.903-09

LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091703/20

Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

CPF: 012.414.903-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/01/2020

Titular do CPF: LEONIDAS MACIEL
FERREIRA ARAUJO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO : 012.414.903-09

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: 13/03/2020
Nome: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO
CPF: 012.414.903-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS