

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, 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



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, 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 médica-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

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, 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, 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: leônidas maciel Ferreira Araújo		
01241490309				

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: leônidas maciel Ferreira Araújo.		6 - CPF: 01241490309	
7 - Profissão: nun Tita	8 - Endereço: rua Tita	9 - Número: 3043	10 - Complemento: altos
11 - Bairro: Cair do porto	12 - Cidade: Fortaleza	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60180390
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caja Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco ITAÚ		
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 5	(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

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

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 13 de maio de 2020.

LEONÍDAS 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 2020127734



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 413 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 12/01/2020 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 da(s) Vítima(s)

Nome: **LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO**
Nascimento: **20/08/1985** CPF: **012.414.903-09**
RG: **2001012038618** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA FERREIRA ARAUJO**
JOSÉ CANDIDO DE ARAUJO
Endereço: **RUA TITAN, 1041 ALTOS**
Bairro: **CAIS DO PORTO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.150-190**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8725-3682**

Dados do(s) Veículo(s)

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/ÁLCOOL** 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:  LEANDRO HENRIQUE

VISTO DO DELEGADO(A):

 MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 604579-1-7

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: leonidas maciel Ferreira Araújo.	6 - CPF: 01241490309		
7 - Profissão: nun Tia	8 - Endereço: rua Tia	9 - Número: 1043	10 - Complemento: altos
11 - Bairro: Cais do porto	12 - Cidade: Fonte Boa	13 - Estado: CE	14 - CEP: 60380-390
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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco ITAÚ
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caja Económica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 5
(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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____, _____
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 x LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAÚJO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a) Leônidas Maciel Ferreira Araujo - C.P.F. - 012.414.903-09, no dia 09/01/2020, às 10h57min, na Avenida Sebastião de Abreu, no Bairro Edson Queiroz (Cocó), 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. 45671-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza





T-038446/2020

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



R. Liberdade, 101 - Centro - 62015-3622

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: V-13 PONTO DE APOIO: Rua 23 N. DA OCORRÊNCIA: 03.08
 DATA: 20/07/19 TURNO: PM EQUIPE: V16-2 BOMBEIROS
 NOME: **Guilherme Henrique Ferreira Araújo** IDADE: 34 SEXO: M
 ENDEREÇO: **R. Sebastião de Almeida - S/N**
 REFERÊNCIA: **Setor Trânsito da Prefeitura** BAIRRO: **Centro**
 QDV: **10:44** QUS: **10:54** QUY: **11:54** QUH: **12:19**
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **Colisão L. Quarteira de Trânsito**

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TÓRACICA

PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

PRESENTE
 AUSENTE

PRESENTE
 AUSENTE

PÉREAS

OBSTRUÍDAS

POR:

A

PADRÃO RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO

PALPAÇÃO / PERCUSÃO

AUSCULTA

EUPNEICO
 TAQUIPNEICO
 HADIPNEICO
 AGÔNICA / AUSENTE

NORMAL

ALTERADA

NORMAL

ALTERADA

NORMAL

ALTERADA

B

PULSO

PELE

DILATAMENTO CAPILAR

SANGRAMENTO EXTERNO

NORMOCÁRDICO CÍRICO
 TAQUICÁRDICO RUFIFORME
 BRADICÁRDICO IMPALMÁVEL

CORADA
 PÁLEA
 CANÔTICA

SUDORÍSCA
 SECA
 QUENTE
 FRIA

≤ 5 seg
 > 2 seg

SIM

NÃO

C

LOCAL:

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

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

ESPIRITUAL: 4
 Á VOR: 1
 Á DOR: 2
 NEBUIMA: 3

ORIENTADO (A) / SORR (P)
 CONFUSO (A) / HÓCIO CONSOLÁVEL
 FALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
 SÓRS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
 HENRUMA

5
 4
 3
 2
 1

OBEDIÊC A COMANDOS
 LOCALIZA A DOR
 MOVIMENTO DE RETIRADA
 FLEXÃO ANÔNOMA
 EXTENSÃO ANÔNOMA
 NEBUIMA

6
 5
 4
 3
 2
 1

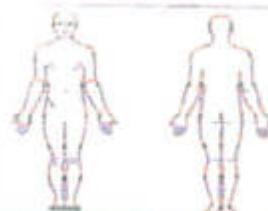
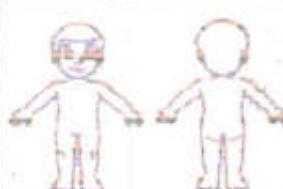
TOTAL: **15**

PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS

ADULTO

LESÕES

PEDIÁTRICO

**R.T.W. para a Anna 112 Chatolé**

SAMPLA

PC: 40 PA: 120x80 FR: 58 GLC: - OXIM: 98% TEMP: -
 Pac. Wt: 40 compe de vista aberta orientado, puxa o nariz
 a respirar principal e dar um apito devito para flexionar
 e liberar de tosse e engasgo.

ITAU - 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



NP de Inscrição

DADOS DO USUÁRIO

ROSINETE DE G DOS SANTOS
RUA TITO, 1641, ALTO\$, CANTO DO PORÃO
FORTALEZA - CEP: 60160-150

Codificação: 001.011.0431.0110.0001.00.00

ECONOMIST

Reckendorf: 001 | Götterfahrt: 000 | Industrie: 000 | Politik: 000

UNPOSITIONING: AROUND A TABLE

Descripción	Medición	Último Anterior	Último Actual	Volumen	Média Semestral	Último
AGUA	BB18006436	551	633	2	5	6

CATAS

Lettura abit. 05/03/2020 Emissio: 05/03/2020 Lett. liquido: 99
Lettura impianto: 05/03/2020 - Proximo lettura: 04/04/2020 - Lett. impianto: 4973308
QUALITÀ DELL'ACQUA DISTILLATIFICA REFERENZIALE: 0,00/0,00

No de muestras	Cloro	Turbidez	Cor.	Ballenas totales	Escherichia coli
Extendidos	510	510	510	510	510
Boilivianos	534	533	534	534	534
En superficie	532	531	534	532	532

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	SISTÓMICO DE VOLUNTÁRIO		
		Atendimento	Águas (21)	Esportes (1)
ÁGUA	26,50			
ESPORTO	22,64	mar/19	5	4

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DATA: 03/09/2010

1) FERIDAS MAIS DE VENIREA ARAUJO
CPF: 01241490349
2) CATEGORIA PESSOA FÍSICA (CPF): 01241490349
3) GÊNERO: F
4) ESTADO: CEARÁ
5) CIDADE: FORTALEZA
6) CELULAR: 085195974900
7) TELEFONE: 085195974900

8) TELEFONE: 085195974900
9) E-MAIL: 085195974900
10) DATA DA CONSULTA: 03/09/2010
11) DATA DA CONSULTA: 03/09/2010

12) DATA DA CONSULTA: 03/09/2010

13) DATA DA CONSULTA: 03/09/2010

14) TÍTULO: PELA FERIDA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO E PUNHO DIREITO
15) POR NOS ELCAMOS REFERIMOS

16) DATA DE NOME:

17) DATA DE NOME:

18) TIPO:
19) GÊNERO:
20) IDADE:
21) VENDE:

22) TÍTULO:
23) NOME:
24) GÊNERO:
25) IDADE:
26) VENDE:
27) TÍTULO:
28) NOME:
29) GÊNERO:
30) IDADE:
31) VENDE:

32) TÍTULO:

33) TÍTULO:

34) ATENDIMENTO COMPLETO:

Fractura de Ponto e Frangulo
Fractura de Ponto e Frangulo
Fractura de Ponto e Frangulo

35) DATA DE ATENDIMENTO: 03/09/2010

36) DATA DE ATENDIMENTO: 03/09/2010

37) DATA DE ATENDIMENTO: 03/09/2010

38) TÍTULO: MEDICO: (1) PEDIDO DE EVAISAO (2) TRANSFERENCIA (3) INTERDIÇÃO (4) OUTROS (5) OUTROS
39) DESTINHO DO CORPO: (1) FAMILIA (2) INSTITUICAO (3) OUTROS
40) TÍTULO: MEDICO: (1) PEDIDO DE EVAISAO (2) TRANSFERENCIA (3) INTERDIÇÃO (4) OUTROS (5) OUTROS

41) TÍTULO: MEDICO: (1) PEDIDO DE EVAISAO (2) TRANSFERENCIA (3) INTERDIÇÃO (4) OUTROS (5) OUTROS
42) TÍTULO: MEDICO: (1) PEDIDO DE EVAISAO (2) TRANSFERENCIA (3) INTERDIÇÃO (4) OUTROS (5) OUTROS

Hospital Distrital Evandro Ayres - Unidade de Vila
ATESTO QUE CONSOLIDA CONFERE COPIA COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mai 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone (35) 3283 4734 / 93500 0775

RECEITUÁRIO

LANDS.

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

Fortaleza, 10/10/2020

PREScriÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Ass. _____

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: União União SOLETIM EMERG: _____LIBERADO RECLUSA REMOVIDO POR TERCEROS OUTRO: _____ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTECIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: _____

S. DO RESPONSÁVEL: _____

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

SPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

SCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUÉS: _____

S. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: _____

EM: / /

TERMO DE RECLUSA

J. _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGENCIA. PORÉM, RECLUSA O SERVIÇO OFERTADO PELO



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



Fortaleza

RECEITA

José da M. e de
Fernando

R 30 55 de Fimtempo

05/01/2020

Dr. J. A.
Graça
Hospital Distrital
Fratinha de Antônio Bezerra

AVERTIMENTO: NENHUM MEDICO DEVE SUA RECEITA
A USO DE DROGAS, MEDICAS ALCOOLICAS E CIGARROS
PROJUDICAM A SAUDE. PERGUNTE AO SEU MEDICO
RUA CAMPO D'AREIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - FORTALEZA - CEP 62160-000 - CELESTE 100-000-0000

PESO MÉDICO

paciente: LECIDINAS JANELETTA FERREIRA ALVES
Data: 2020-07-09

USO CIRAL
INTERFEND 500MG
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS
2000MG 01 CP
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS

USO CIRAL
INTERFEND 500MG
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS
2000MG 01 CP
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS



PESO MÉDICO

paciente: LECIDINAS JANELETTA FERREIRA ALVES
Data: 2020-07-09

USO CIRAL
INTERFEND 500MG
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS
2000MG 01 CP
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS
TOMAR 01 CP 1500MG 05 DAS



UFSCAR
Data: 15/07/2020

RENTA GANHO DÓSES
15/04/2020

Data: 15/07/2020

RENTA GANHO DÓSES
15/04/2020

UFSCAR
Data: 15/07/2020

UFSCAR
Data: 15/07/2020

UFSCAR
Data: 15/07/2020

UFSCAR
Data: 15/07/2020



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Renda Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Nascimento: 27/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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
ARAUJO

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 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: 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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

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