
Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676372

Vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO ALVES 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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676372

Vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676372

Vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 125.386.524-80 Nome completo da vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

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

Nome completo: RODRIGO ALVES DE ARAUJO CPF: 125.386.524-80
Profissão: RECUSO Endereço: RUA TEN. JOÃO NORBERTO REBALADO Número: 5 Complemento: -11-
Bairro: MANDACARU Cidade: OMAUATA Estado: PE CEP: 55.646-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 99996-7907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 55069- 7
(Informar o dígito se existir) 013 (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 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, OMAUATA 28/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rodrigo Alves de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 125.386.524-80 Nome completo da vítima: Rodrigo Alves de Araújo

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

Nome completo: Rodrigo Alves de Araújo CPF: 125.386.524-80

Profissão: Relacion-se Endereço: Rua Ten. João Norberto Número: 5 Complemento: _____

Bairro: Mandacaru Cidade: Gravata Estado: PE CEP: 55646-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9.58.3087

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 55069 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data: Gravata 31/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

CC: _____

PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

2ª Nome: 17 OUT 2019

CPF: _____

PRO: OCOLO
 Assinatura
 AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

125.386.524-80

Nome completo da vítima:

Rodrigo Alves de Menezes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PADRÃO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Relacionado

Endereço:

Rua Ten. João Norberto

CPF:

125.386.524-80

Bairro:

Mandacaru

Cidade:

Gravata

Estado:

PE

Número:

5

Complementar:

E-mail:

CEP:

55646-000

Tel. (DDD):

(019) 9.58.3087

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (elemento para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0943

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

55069

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 (assinale uma das opções):

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

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

☐ O IML que atenda 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/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.

Impressão original da vítima ou beneficiário não atestada

Local e Data:

Gravata 31/05/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

CCL:

F. PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

17 JUL 2019

PRO: COLO

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COM F. PREVIDÊNCIA S/A

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do mesmo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190676372
Nome do(a) Examinado(a): Rodrigo Alves de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): R Ten Joao Norberto Regalado, S/N
Mandacaru Mandacaru PE CEP: 55646-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9713231
Data local do acidente: [04/11/2018]
Data local do exame: [23/12/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUPORTE CLÍNICO

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 10/12/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VÍTIMA LÚCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, COM MEMÓRIA PRESERVADA, SEM DEFORMIDADE CALOTA CRANIANA. QUEIXAS DE CEFALÉIA

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ () Sim ☒ (X) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☒ (X) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Vítima sem sequelas anatomicas ou funcionais do referido acidente

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Jackson Siqueira Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13921

004443119



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152005476**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2018** às **08:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/11/2018** no período da **Tarde**

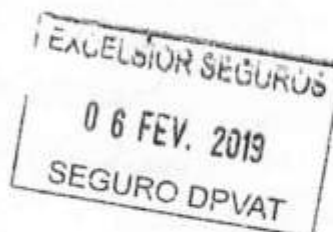
Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, ESTRADA DE MANDACARÚ** - Bairro:
ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO**
INTERMEDIÁRIO JOÃO PAULO I
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RODRIGO ALVES DE ARAÚJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

RODRIGO ALVES DE ARAÚJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ ALVES DE ARAÚJO** Pai: **ANTONIODE ARAÚJO SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/5/1997** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9713231/SDS/PE (RG), 12538652480 (CPF), 06831770552 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 962052092**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, RUA TENENTE JOÃO ALBERTO REGALADO, 05 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CLUBE DO JACÓ**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDN9570** (PERNAMBUCO/GRAVATA) Chassi: **9C2KD0810JR057245**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE RODRIGO ALVES DE ARAÚJO COMUNICANDO QUE TERIA SOFRIDO UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA NA PE QUE DÁ ACESSO AO DISTRITO DE MANDACARÚ NO 04/11/2018, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA NESTA CIDADE DE GRAVATÁ, CONFORME Nº DE REGISTRO 330583. EM DECORRÊNCIA DOS FERIMENTOS, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE NO MESMO DIA, TENDO ALTA NO DIA 09/11/2018 DE ACORDO COM ATENDIMENTO DE NÚMERO 1654703. NADA MAIS A REGISTRAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Rodrigo Alves de Araújo
RODRIGO ALVES DE ARAÚJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE FAUSTINO DE ALMEIDA NETO** Matrícula: **221217-0**

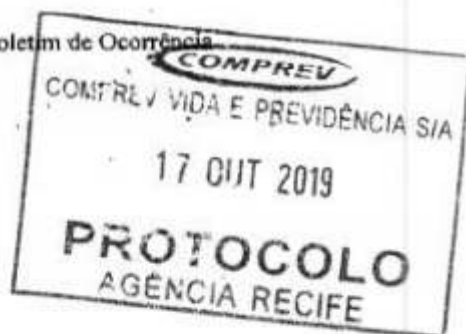


Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

RODRIGO ALVES DE ARAÚJO (presente no momento da ocorrência) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 04/11/1988, RG: 330583, CPF: 000.000.000-00, Endereço: Rua da Restauração, 123, Gravata, Pernambuco. (presente no momento da ocorrência) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 04/11/1988, RG: 330583, CPF: 000.000.000-00, Endereço: Rua da Restauração, 123, Gravata, Pernambuco.

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (presente no momento da ocorrência) - Marca: Honda, Modelo: CB 600F, Ano: 2018, Cor: Preta, Número de Chassi: 9C2KD0810JR057245, Número de Motor: 9C2KD0810JR057245, Endereço: Rua da Restauração, 123, Gravata, Pernambuco.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0152005476**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2018** às **08:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/11/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, ESTRADA DE MANDACARÚ** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO INTERMEDIÁRIO JOÃO PAULO I**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
RODRIGO ALVES DE ARAÚJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

RODRIGO ALVES DE ARAÚJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ ALVES DE ARAÚJO** Pai: **ANTONIO DE ARAÚJO SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/5/1997** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9713231/SDS/PE (RG), 12538652480 (CPF), 06831770552 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 982052092**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, RUA TENENTE JOÃO ALBERTO REGALADO, 05 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CLUBE DO JACÓ**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDN9570** (PERNAMBUCO/GRAVATA) Chassi: **9C2KD0810JR057245**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE RODRIGO ALVES DE ARAÚJO COMUNICANDO QUE TERIA SOFRIDO UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA NA PE QUE DÁ ACESSO AO DISTRITO DE MANDACARÚ NO 04/11/2018, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA NESTA CIDADE DE GRAVATÁ, CONFORME Nº DE REGISTRO 330583. EM DECORRÊNCIA DOS FERIMENTOS, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE NO MESMO DIA, TENDO ALTA NO DIA 09/11/2018 DE ACORDO COM ATENDIMENTO DE NÚMERO 1654703. NADA MAIS A REGISTRAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

x *Rodrigo Alves de Araújo*
RODRIGO ALVES DE ARAÚJO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Jose Faustino de Almeida Neto* Matrícula: **221217-0**



02/04/19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 125.386.524-80	Nome completo da vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: RODRIGO ALVES DE ARAUJO	CPF: 125.386.524-80	
Profissão: RECUSO	Endereço: RUA TEN. JOÃO NORBERTO REBALADO	Número: 5 Complemento: -11-
Bairro: MANDACARU	Cidade: OMAUATA	Estado: PE CEP: 55.646-000
E-mail:		Tel.(DDD): (81) 99996-7907

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 55069- 7 <small>(Informar o dígito se existir) 013 (Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</small>

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.

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

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	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **OMAUATA 28/01/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rodrigo Alves de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 125.386.524-80 Nome completo da vítima: Rodrigo Alves de Araújo

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

Nome completo: Rodrigo Alves de Araújo CPF: 125.386.524-80

Profissão: Relacionado Endereço: Rua Ten. João Norberto Número: 5 Complemento: _____

Bairro: Mandacaru Cidade: Gravata Estado: PE CEP: 55646-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (01) 9.9.58.3087

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 55 069 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Gravata 31/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rodrigo Alves de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

CC: _____

PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

2ª Nome: 17 OUT 2019

CPF: _____

PRO: OCOLO
Assinatura
AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

HT-Neuro. 5.549384



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



OK

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 330583

PACIENTE: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GENITORA: MARIA JOSE ALVES DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 28/05/1997

IDADE: 21

ENDEREÇO: TENENTE JOAO REGALADO

BAIRRO: MANDACARU

PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 04/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 16:30

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 05

CIDADE: GRAVATA

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: MAE

HDA

Acidente de moto há ± meia hora, genitora não sabe informar mecanismo do trauma. Paciente não utilizava capacete durante o acidente, e ingeriu bebida alcoólica antes do mesmo.

EXAME FÍSICO

Glasgow: V: 4 | M: 6 | O: 2 | Total: 12

EC reg, eufônico, hidratado, vias aéreas livres, ex. guantes e bem perfundidos.

ACV: PA: 170 x 120, RC 22, BNF

Al: MV ⊕ A/T

Neuro: Glasgow: 12 / Pupilas isotóricas

EXAMES SOLICITADOS

Exames de hemograma periorbital e renal do quadril

HD

L. C. E.

MARIA ADELMA DA SILVA
Supervisora do Faturamento
Hospital Dr. Paulo da Veiga Pessoa
Matrícula: 154-1

EXCELSIOR SEGUROS

06 FEV. 2019

SEGURO DPVAT

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	177	P.A.	170x120
F.C.		F.R.		SaO2 98%	

Cond.

em aa

1. SGL 500 ml abertos

2. Hb +

3. Monitorização

4. Solicito Ht / Hb + Rx de fole +
coluna

Dr. Nicolas Nunes
Médico
CRM-PE 28868

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 2654703

Nome : ROBERTO DAVES DE ARAÚJO

Foi atendido às _____ hs, do dia 04 / 11 / 18

Diagnóstico Provável : TCE
- CONCOMITANTE DE FASE

Tratamento Realizado : INTERVENÇÃO QUIRÚRGICA

P.O. 10 : 190

Observação : ACERCA MINHO FURTOS 2018

08/11/18

Cópia de : _____

Dr. Roberto Daves de Araújo
CREMEPE 28008
NEUROCIRURGIA

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

EXCELSIOR SEGUROS
06 FEV. 2019
SEGURO DPVAT



DADOS DO CLIENTE
ANTÔNIO DE ARRUAJO SOBRINHO

CPF: 858.094.304-53 NIS: 12082778063

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TEN JOÃO NORBERTO REGALADO 5

MANDACARU MANDACARU
GRAVATA PE
55846-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	Nº DE	EMISSÃO
00980226	UNICA	15/11/2018

Nº DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA RESOLUÇÃO
15/11/2018	2001739417	120095

CONTA CONTRATADA	MÊS ANO
1175545014	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESENTAÇÃO DA LEITURA
21/11/2018	15/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	27,75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	QUANTIDADE	30,0000000	0,18388025	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,0000000	0,31541014		15,77
Acrescimo Bandeira AMARELA				0,17
Acrescimo Bandeira VERMELHA				1,14
Contrib. Rum. Publica Municipal				5,16

EAGELIOR SEGUROS
06 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
40248876	CAT	15-10-2018	13.540,50	13-11-2018	13.725,00	28	80,50

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
NOV 18	80	ICMS	22,50	0,74	0,18	10,28	15,12%
OUT 18	88	PIS	22,50	3,84	0,77	1,48	0,46%
SET 18	78	COFINS				6,81	10,18%
AGO 18	87					2,14	9,47%
Jul 18	74					0,99	4,30%
Jun 18	80					0,93	4,12%
Mai 18	86					22,14	100%
Abr 18	81						
Mar 18	94						
FEV 18	77						
JAN 18	77						
DEZ 17	81						
NOV 17	70						

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

RECEBIMTO APROVADO
C629784A C437 C1E0 0B58 B2AC 2002 20A8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, leia atentamente as informações contidas neste documento. O presente documento contém informações importantes sobre o fornecimento de energia elétrica e a responsabilidade do consumidor. O consumidor deve ler atentamente este documento e guardar uma cópia para consulta futura. O consumidor deve ler atentamente este documento e guardar uma cópia para consulta futura. O consumidor deve ler atentamente este documento e guardar uma cópia para consulta futura.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EMITE 18 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Valor	Descrição	Valor	Valor	Descrição	Valor
220,00		120,00	22,00		

Esta comunicação NÃO substitui a leitura dos relatórios anteriores e NÃO contém informações sobre a situação financeira da CELPE. Caso haja qualquer dúvida, o consumidor deve entrar em contato com a CELPE pelo telefone 0800 00 00 00.

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco

CELPE S.A. - Companhia Energética de Pernambuco



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438 de 24/04/02

NOTA FISCAL FATURA COTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 16.838.812/0001-08 | Insc. Est. 0505943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO DE ARAUJO SOBRINHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TEN JOAO NORBERTO REGALADO S

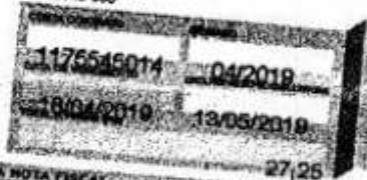
CPF: 858.894.304-53 NIS: 12082778063

CLASSIFICAÇÃO

S1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

MANDACARU MANDACARU
GRAVATA PE
55046-000

PERÍODO	DATA	VALOR
05/02/2019	05/02/2019	11,00
06/02/2019	06/02/2019	11,00
07/02/2019	07/02/2019	11,00
08/02/2019	08/02/2019	11,00
09/02/2019	09/02/2019	11,00
10/02/2019	10/02/2019	11,00
11/02/2019	11/02/2019	11,00
12/02/2019	12/02/2019	11,00
13/02/2019	13/02/2019	11,00
14/02/2019	14/02/2019	11,00
15/02/2019	15/02/2019	11,00
16/02/2019	16/02/2019	11,00
17/02/2019	17/02/2019	11,00
18/02/2019	18/02/2019	11,00
19/02/2019	19/02/2019	11,00
20/02/2019	20/02/2019	11,00
21/02/2019	21/02/2019	11,00
22/02/2019	22/02/2019	11,00
23/02/2019	23/02/2019	11,00
24/02/2019	24/02/2019	11,00
25/02/2019	25/02/2019	11,00
26/02/2019	26/02/2019	11,00
27/02/2019	27/02/2019	11,00



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,19071808	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	49,00000000	0,32094370	15,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,18
Multa por atraso-NF 050289401 - 12/03/19			0,37
Multa por atraso-NF 050289401 - 12/02/19			0,17
Atualização ICMS-NF 050289401 - 12/03/19			0,14

TOTAL DA FATURA

MP DO	TPD DA	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	MP DO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
05/02/19	CAT	14/02/19	14/02/19	11,00	14/02/19	11,00	05	1,0000		70,00

PERÍODO	VALOR	ICMS	PIS	COFINS	VALOR DO IMPORTE	CONTRIBUIÇÃO DE ENERGIA	TRANSMISSÃO	DISTRIBUIÇÃO (CARGO)	PERDAS DE ENERGIA	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO	TOTAL
05/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
06/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
07/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
08/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
09/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
10/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
11/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
12/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
13/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
14/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
15/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
16/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
17/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
18/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
19/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
20/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
21/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
22/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
23/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
24/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
25/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
26/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19
27/02/19	11,00	0,17	0,17	0,17	11,00	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19	0,19

CPN 4 FA17 FFB ECD C33 EDC 27AE ABSE

Por favor, ler atentamente as condições de uso e as regras de utilização da energia elétrica. A energia elétrica é um bem precioso e deve ser utilizada com responsabilidade. O cliente deve pagar a energia elétrica em tempo hábil, evitando assim o corte de energia. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica. O cliente deve manter a fiação elétrica em boas condições e evitar o uso de tomadas sobrecarregadas. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica. O cliente deve manter a fiação elétrica em boas condições e evitar o uso de tomadas sobrecarregadas.

COMPREV
COMITÊ DE FIDUCIÁRIA E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

OK



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



DATA: 04/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 16:30

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:330583

PACIENTE: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GENITORA: MARIA JOSE ALVES DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 28/05/1997

IDADE: 21

ENDEREÇO: TENENTE JOAO REGALADO

BAIRRO:MANDACARU

PONTO DE REFERENCIA:

CNS:

TELEPHONE:

SEXO: Masculino

№:05

COR: Sem informação

UF: PE

CEP:

CIDADE:GRAVATA

ACOMPANHANTE: MAE

HDA
Acidente de moto há ± meia hora,
genitora não sabe informar mecanismo
do trauma. Paciente não utilizava
capacete durante o acidente, e ingeriu
bebida alcoólica antes do mesmo.

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

Glasgow:	V: 4	M: 6	O: 1	Total: 11
----------	------	------	------	-----------

€ 6 reg, enfeixo, hidratado, v. as aéreas
herbas, ex guentes e bem perfundidos.

ACV, PA, 170x, 120, 70x70, 3N

$A_1 \ell: M V \oplus$

Nerves: vagus: LL / Pupils: 4mm

EXAMES SOLICITADOS

EXAMES SOLICITADOS
Presença de hematoma pericardial
renal do quadrante

HD

$$2. \quad \vec{r} \in$$

MARIA ADELMA DA SILVA
Supervisora do Faturamento
Hospital Dr. Paulo da Veiga Pessoa
Matricula: 154-1

EXCELSIOR SEGUROS

~~06 FEB. 2004~~

SEGURO DPVAT

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	177	P.A.	170x120
F.C.		F.R.		SaO ₂ 98%	

Cond.

em aa

1. SGL 500 ml abertos

2. Hb +

3. Monitorização

4. Solicito Ht / Hb + Rx de fole +
coluna

Dr. Nicolas Nunes
Médico
CRM-PE 28868

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 2654703

Nome : ROBERTO DAVES DE ARAÚJO

Foi atendido às _____ hs, do dia 04 / 11 / 18

Diagnóstico Provável : TCE
- CONCOMITANTE DE FASE

Tratamento Realizado : INTERVENÇÃO QUIRÚRGICA

P.O. 10 : 190

Observação : ACERCA MINHO FURTOS 2018

08/11/18

Cópia de : _____

Dr. Roberto Daves de Araújo
CREMEPE 28008
NEUROCIRURGIA

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

EXCELSIOR SEGUROS
06 FEV. 2019
SEGURO DPVAT



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1048951

Data e Hora de Atendimento:
04/11/2018 19:33

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: **1654703** Paciente: **RODRIGO ALVES DE ARAUJO**

Data de nascimento: **28/05/1997**

Idade: **21a 5m 8d**

Sexo: **MASCULINO**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão:

Acompanhante: **BRENO REIS**

DOC ID / Data expedição
9713231 /

Mãe: **MARIA JOSE ALVES DE ARAUJO**

Pai: **ANTONIO DE ARAUJO SOBRINHO**

Cartão SUS:

Endereço: **RUA PATRICIA DE SOUZA LIMA**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **GRAVATA**

Visto **05/11/18**

TOMOGRAFIA

Numero 20

Complemento:

UF: **PE** Telefone: **982862235**

Corrências:

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH-NEPI

NOR ATT

Motivo do atendimento: **QUEDA DE MOTO**

Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Informações do Serviço Social: **05/11 - paciente com**

Confirmação de nome: **Vincento Jamilian**

Fones:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐

Outros ☐

Observação:

Assistência Social
Roberto Almeida
Assistente Social
CRESS-PE 4033

História Clínica:

Paciente vítima de acidente automobilístico, com perda de consciência por 4 horas, segundo acompanhante. Paciente desorientado, com sinais de consumo de bebida alcoólica, não sabe informar o que aconteceu. Nega dor torácica e abdominal.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:

EG Reg, consciente, desorientado, eupneico, saturado, acromático

Respiratório

MV+ 24 SIRA

SpO₂: 98%

Circulatório

PA: 140x80mm

Pulso: 77

bpm

PR em 4 BNF S/S

Pulso cheio e simétrico

Assistente Social
Roberto Almeida
CRESS-PE 4033

Fotografadas

Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
303 14	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 4	Glasgow: Resposta Motora 6 Escore: 6
4	Hora: 20:00	Hora:

Exatidão horizontal em olho esquerdo ☐

Exatidão/Abdômen:

ABD: Plano, depressível, indolente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal

E: Edema + hematoma periorbital à direita

Exatidão Inicial: ① TCE leve

Cod. Procedimento

① Solicito TAC de crânio e coluna cervical + Rx de tórax e pelve em AP.

Ass. Médico

② Avaliação de NCR

Ass. Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Condição do Caso:

Terminar em: ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evolução ☒ Alta

Admissão na Clínica:

Indicação para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Indicação para Alta / Internamento / Transferência:

CRM: 05762 Data: 04-11-18 Hora:

Assinatura de responsabilidade para internamento:

Declaro que o paciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo legível:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura de responsabilidade de alta a pedido:

Declaro-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Nome completo legível:

Assinatura:

Assinatura:

Data e Hora Impressão: 04-Nov-18

25/11/18 # Cirurgia Geral

Paciente para guiar as torácicas ou abdômen
de tórax e abdome, sem alterações

Conduta = ALTA DA CIR. GERAL

Arturino Canabarro da Silva
Médico
CRM 38639

Assinatura

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/11/2018 19:27

Nome Paciente: RODRIGO LAVES DE ARAUJO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/05/1997
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0037
Convênio:
Atendimento:

04/11/2018 19:27 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Síntoma Principal:

PACIENTE COM VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3H COM HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA NEGA VÔMITO, APRESENTA HEMATOMA PERIORBITAL A DIR + OTORRÁLGIA A DIR

Observação:

SENHA: 5549384

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14
- REGUA DE DOR: 5

NER 4/11/18

Contusão cerebral

ECG 24

edema palpebral direito

Col: observação o logjre

Kaue Prante
Neurocirurgia
CRM-PE 25.349

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 04/11/2018 19:27

05-11-18 por FROE
 4 contusões superficiais
 . Peça cerebral no volume
 ex: encefalo, cerebelo, tentório
 EEG 15.

ex: observações e
 presença

06/11/18

NCR
 TEC

Contusões Cerebrais

PC: Segue anexos EEG 14
 Ictônicas
 Cd observações

NCR. observações #
 Hy: 0 contusões Cerebrais
 Yavinda eadui anterior, re lateromun
 de exoni EEG 15: 2017
 cd. 0 observações cerebrais

Dr. Corca Diólio
 Neurocirurgião
 CRM-PE 20.267

Dr. Claudionor Segundo
 Médico
 CRM-PE 24.204



HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO: 04/10/18 HORA: 10:41 DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE ORIGEM: 10/04/2018 Nº CARTÃO SUS: IDADE: 1
NOME DO PACIENTE: Rodrigo Alves de Jesus TELEFONE: 1
ENDEREÇO DO PACIENTE: 1

DIAGNÓSTICO: TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente com história de acidente de trânsito há 8 dias, segundo relatos, paciente não utilizava cinto de segurança antes do mesmo. Paciente chegou ao serviço com dor no abdômen direito e sinal de guodart em abdômen direito.

SINAIS VITAIS: PRESSÃO ARTERIAL: 170 x 120 mm/Hg
em 20 dias de vida. 90 bpm

F. RESPIRATORIA: 22 rpm
TEMPERATURA: °C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA | VERBAL | SONOLENTO | CONFUSO | SEM RESPOSTA GLASGOW: 12

EXAME FÍSICO:

SIM NÃO (+ + + + +) SIM NÃO (+ + + + +)
DESIDRATADO
DESNUTRIDO
CIANÓTICO
ICTERICO

DOENÇAS ASSOCIADAS

DIABETES | HAS | IC | SEQUELA AVC | DPOC | OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSE	MEDICAÇÃO EM USO	DOSE

EXAMES COMPLEMENTARES:

E C G: NORMAL RX TORAX
ALTERAÇÕES: RX ABDOME
OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL: HB | HT | LEUCO | CPK | TGO | TGP | AMILASE | URINA

* RELACIONAR DEMAS EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL DE DESTINO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Dr. Nicolas Neres

CRM: 28858

SENHA CENTRAL

15549384

SENHA SAGUI



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Rodrigo de Araújo

vermelha

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07-11-78 Neurocirurgia

HTA e contusões encefálicas

04 do acidente

Depa cabeça em massa

HT - espandida, carada, rentada,

orientada e sem déficit de

força.

em alta hospitalar para

repouso e acomp

ambulatorial.

Ricardo Barbosa
Médico
CRM - PE 15762

E - tempo: pete desorientado no tempo

e espaço.

co, cancela alta e manter

observações

vermelha
CRM - PE 15782

#NCR 4

08105170

PCF

1 conduto

EF-2321

MADEIRA MARQUES E DESMUNDO

SEM OUTROS COMPLICAÇÕES

ECG: 13 115

Norma

Dr. J. A. Ramalho da Silva Neto
CRM - PE 22098
NEUROQUIRURGIA



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

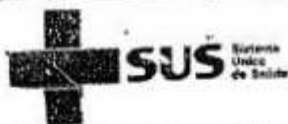
PERNAMBUCO

TRATAMIENTO AVC

NOME DO PACIENTE		ENF/LEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Rodrigo Alves				05-11	06-11	07-11	08-11	09-11	
MEDICAMENTO		DOSE	VIA	INTER.	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1- SORO FISIOLÓGICO 0,9 %		1000 ml	IV	24h	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
2- RANTIDINA - 01 AMPOLA + AD		ve	IV	12/12h	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
3- PLASIL + AD			IV	S/N	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
4- DIPIRONA (2.8) AD			ATE	8/8h	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
5 - LIQUEMINE 0.25ml.			IV	S/N	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
6- CAPOTEN 25 01CP			ATE	6/6h	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
7- INSULINA SIMPLIS CONFORME HGT			SC	12/12h	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
8- 0.200 - 0.400 - 0.600 - 0.800 - 1.000 - 1.200			SC	/DIA	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
9- 1.400 - 1.600			SL	SN	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
10- 1.800 - 2.000			SC		08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
11- 2.200 - 2.400			VO/	12h	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
12- 2.800 - 3.000			SNG		08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
13- 3.400 - 3.600					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
14- 4.000 - 4.200					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
15- 4.800 - 5.000					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
16- 5.600 - 5.800					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
17- 6.400 - 6.600					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
18- 7.200 - 7.400					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
19- 8.000 - 8.200					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
20- 8.800 - 9.000					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
21- 9.600 - 9.800					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
22- 10.400 - 10.600					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
23- 11.200 - 11.400					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
24- 12.000 - 12.200					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
25- 12.800 - 13.000					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
26- 13.600 - 13.800					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
27- 14.400 - 14.600					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
28- 15.200 - 15.400					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
29- 16.000 - 16.200					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
30- 16.800 - 17.000					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
31- 17.600 - 17.800					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
32- 18.400 - 18.600					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
33- 19.200 - 19.400					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
34- 20.000 - 20.200					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
35- 20.800 - 21.000					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
36- 21.600 - 21.800					08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
37- 22.400 - 22.600					08:30</				

ASSISTENTE SOCIAL DO MÉDICO

Cod. 0'



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1654203

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/05/1993

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC DE crânio

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC DE C. Cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC DE FACE + 3D

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TUE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04 / 11 / 18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Igor Cezano
CRM-RN 24946
MR. Cirurgião Geral

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1654703

Nome: ROBERTO DAVES DE ARAÚJO

Foi atendido às _____ hs. do dia 04 / 11 / 18

Diagnóstico Provável: TCE LTV
CONTUSÃO CRANIO

Tratamento Realizado: INTERCONSULTA CONSULTORIA

PRO TO: TCA

Observação: ASSAMINHO FATOES 2 dias

08/11/18

Cópia de: _____

Dr. J. R. Raimundo da Silva Neto
CREMEPE 22008
NEUROCIRURGIA

Médico - CRM Nº _____

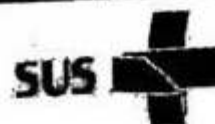
ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

HT-Neuro. 5549384



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



OK

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 04/11/2018
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 16:30

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 330583
PACIENTE: RODRIGO ALVES DE ARAUJO
GENITORA: MARIA JOSE ALVES DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO: 28/05/1997 IDADE: 21
ENDEREÇO: TENENTE JOAO REGALADO
BAIRRO: MANDACARU
PONTO DE REFERENCIA:

CNS:
TELEFONE:
SEXO: Masculino COR: Sem Informação
Nº: 05 UF: PE CEP:
ACOMPANHANTE: MAE

HDA

Acidente de moto há ± meia hora,
genitora não sabe informar mecanismo
do trauma. Paciente não utilizava
capacete durante o acidente, e ingeriu
bebida alcoólica antes do mesmo.

EXAME FÍSICO

Glasgow: V: 4 | M: 6 | O: 2 | Total: 12
EC reg, eufórico, hidratado, vias aéreas
livres, ex. g. e b. perfundidos.
ACV: PA: 170x120, 70/70, 3NF
AP: MV ⊕ A/T
Neuro: Glasgow: 12 / Pupilas isotóricas

EXAMES SOLICITADOS

Exames de hemograma periorbital e
renal do quadril

HD

L. TCE

MARIA ADELMA DA SILVA
Supervisora do Faturamento
Hospital Dr. Paulo da Veiga Pessoa
Matrícula: 154-1

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	177	P.A.	170x120
F.C.		F.R.		SaO ₂ 98% em aa	

Cond:

1. SGL 500 ml abertos
2. Hb +
3. Monitorização
4. Solicito HT / Hb + Rx de fole +
coluna

Dr. Nicolas Nunes
Médico
CRM-PE 28868

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
125.386.524-80

Nome
RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Nascimento
28/05/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
76B2.3D3A.B484.0279

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às **16:57:49** do dia **05/02/2014** (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: **00**

06 FEV. 2013
EXCELSSOR SEGUROS
SEGURO DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECEITA Nº **9.713.231** DATA DE EMISSÃO **08/05/2013**

NOME
 << **RODRIGO ALVES DE ARAUJO** >>

NUMERO
 << **ANTONIO DE ARAUJO SOBRINHO** >>
 << **MARIA JOSÉ ALVES DE ARAUJO** >>

DATA DE NASCIMENTO
28/05/1997

LOCAL DE NASCIMENTO
GRAVATA - PE

DIGITO CHECKER << **CN.48791 L.AA41 F.2 CART GRAVATA-PE 16.11.1999** >>

LEI Nº 7.116 DE 2006
 F-35 22.510 - 3x1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE IDENTIDADE
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

09-R51

Rodrigo Alves de Araujo

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TÍTULOS DE RH

09-R51

POLEMAN PARCIBO

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

CARTERA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
76B2.3D3A.B484.0279

www.receita.fazenda.gov.br

16:57:48 05/02/2014 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.713.231 08/05/2013

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

ANTONIO DE ARAUJO SOBRINHO

MARIA JOSÉ ALVES DE ARAUJO

28/05/1997

GRAVATA - PE

PE 16.11.1999

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
125.386.524-80

Nome
RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Nascimento
28/05/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMITÊ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 OUT 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PE Nº 014355832542
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1170132933
RODRIGO ALVES DE ARAUJO
GRAVATA - PE
125.386.524-80
PLACA ANT./UF PDN9570
PLACA CHASSI 9C2KRD0810JR057245
EXERCÍCIO 2018

PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD 2018 2018

2P/162CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1
VIA 1170132933
PREMIO TOTAL (R\$) 31/10/18

SEGURO PAGO

AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAME

GRAVATA - PE

31/10/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS APESAR DE
TRANSPORTADAS OUTRAO SE O PRO DPVAT

PE Nº 014355832542 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RODRIGO ALVES DE ARAUJO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 31/10/18

VIA 125.386.524-80 PLACA PDN9570

1170132933 HONDA/NXR160 BROS ESDD

2018 09 9C2KRD0810JR057245

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 1
CUSTO DO BILHETE (R\$) 1
CUSTO DO SEGURO (R\$) 1

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1
CUSTO DO SEGURO (R\$) 1

COTA UNICA PAGAMENTO 1
COTA UNICA 1
DATA DE QUITAÇÃO 31/10/18

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É UM BOMBEIRO ORTOMOTRIZ

Jul-2018

06 FEV. 2019
EVALUADOR SEGUROS
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485219913
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 1170132933 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GRAVATA-PE 0

CPF / CNPJ
125.386.524-80

PLACA
PDN9570

PLACA ANT / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KD0810JR057245

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / NXR160 BRO3 E3DD

ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

CAP / POT / CL
2P / 162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1ª *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
80,11

IOF (R\$)
0,32

PRÊMIO TOTAL (R\$)
84,58

DATA DE PAGAMENTO
19/02/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAME

GRAVATA

DATA
02/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DESS SUPERIOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485219913 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA-PE

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
02/04/19

VIA
1

CPF / CNPJ
125.386.524-80

PLACA
PDN9570

RENAVAM
1170132933

MARCA / MODELO
HONDA / NXR160 BRO3 E3DD

ANO FAB.
2018

DATA
09

Nº CHASSI
9C2KD0810JR057245

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
36,05

DENATRAM (R\$)
4,01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4,15

IOF (R\$)
0,32

TOTAL SERVIÇO DO SEGURO (R\$)
84,58

PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
19/02/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FÁBRICA/ACOMPANHADOS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODODANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

Ao Sr. Analista

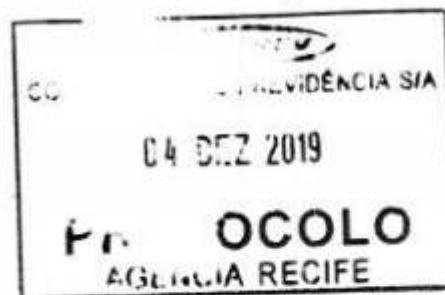
Sinistro: 3190/591502

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/591502 tendo em vista está apresentando RAI0 X onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: RODRIGO ALVES DE ARAUJO
CPF: 125.386.524-80



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044643/19

Vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

CPF: 125.386.524-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RODRIGO ALVES DE ARAUJO : 125.386.524-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2019
Nome: RODRIGO ALVES DE ARAUJO
CPF: 125.386.524-80

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363792/19

Vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

CPF: 125.386.524-80

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RODRIGO ALVES DE ARAUJO : 125.386.524-80

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: 17/10/2019
Nome: RODRIGO ALVES DE ARAUJO
CPF: 125.386.524-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676372 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Descrição do exame físico: VÍTIMA LÚCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, COM MEMÓRIA PRESERVADA, SEM DEFORMIDADE CALOTA CRANIANA. QUEIXAS DE CEFALÉIA

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM VERTIGENS E CEFALÉIA POS TRAUMA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS DO REFERIDO ACIDENTE

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