

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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.

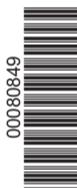
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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: **125.386.524-80** 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: <b>Rodrigo ALVES DE ARAUJO</b>	CPF: <b>125.386.524-80</b>		
Profissão: <b>RECUSO</b>	Endereço: <b>RUA TEN. JOÃO NORBERTO RECALADO</b>	Número: <b>5</b>	Complemento: <b>-11-</b>
Bairro: <b>MANDACARU</b>	Cidade: <b>ONAVATO</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>55.646-000</b>
E-mail:	Tel. (DDD): <b>(81) 99996-7907</b>		

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO:

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

## 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 ao 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 Lider para verificações da validade 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.

**FALEI SOBRE SEGURAR**  
**08/01/2019**

## 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: Vivos:  Falecidos: Vítima deu nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **ONAVATO 28/01/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Rodrigo Alves de Araujo**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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:	Nome completo da vítima:
	325.386.524-80	Rodrigo Alves de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Rodrigo Alves de Araújo	
Profissão:	Endereço:	CPF: 325.386.524-80
Relacionar-se	Rua ten. José Norberto	Número: 5
Bairro:	Cidade: Granata	Estado: PE
Mandaçau.		CEP: 55646-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 3.958-3087	

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

<b>DADOS CADASTRAIS</b>	<b>RENDIMENTO MENSAL:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DPOCA DE CONTA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
AGÊNCIA: 0943	CONTA: 55 069	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)			

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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:	<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 (val 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado:

Local e Data: Granata 31/05/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

Rodrigo Alves de Araújo

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.

TESTEMUNHAS	
1º   Nome: _____	CPF: _____
CNPJ: _____	
E PREVIDÊNCIA S/A	
Assinatura	
2º   Nome: 17 OUT 2019	CPF: _____
FRO. COGOLO	
Assinatura	
AGÊNCIA RECIFE	



## 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:

125.386.526-80

Nome completo da vítima:

Rodrigo Alves de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Número:

Complemento:

Tel. (DDD):

(0159) 587-7087

## DADOS CADASTRAIS

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

RENDA 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 DPCAO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Selecione para os bancos abaixo. Anexe uma conta): Bradesco (237) Itaú (361) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0943

CONTA: 55069

+

(Inserir o dígito se aplicável)

(Inserir o dígito se aplicável)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se aplicável)

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

## DECLARAÇÃO DE INFALIABILIDADE 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, 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 CRM)  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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (nai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão  
Digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Gravata 31/05/19

Name:

CPF:

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CCN: \_\_\_\_\_

IMPREV

F. PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

17 OUT 2019

F. RECIFE

Assinatura

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPRENSÃO E 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a devolvê-lhe cláusula do laudo assinado contrário, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVAÇÃO DE NUSCIONA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PRÓTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

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

Sim       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

"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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Júnior Florencio Júnior  
Estetista - Traumatologista  
CRM - PE 16.573  
TEOT 13921

00444319



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

### 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 - Culposo (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: **- 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, PROXIMO 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 N° 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

*(Assinatura de Rodrigo Alves de Araújo)*

**RODRIGO ALVES DE ARAÚJO  
 (VITIMA)**

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



Consultação de(s) usuário(s) anexo(s)

Consultação de(s) usuário(s) anexo(s)

Consultação de(s) usuário(s) anexo(s)

COMPREV

CONTREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 OUT 2019

PROTÓCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62 CIRC  
 DINTER1/12ºDESEC

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 - Culposo (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: **26/5/1997** 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: **- 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 (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 MANDACARU 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  
 (VITIMA)**

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



*02/10/18*



# 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: **125.386.524-80** 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: <b>Rodrigo ALVES DE ARAUJO</b>	CPF: <b>125.386.524-80</b>		
Profissão: <b>RECUSO</b>	Endereço: <b>RUA TEN. JOÃO NORBERTO RECALADO</b>	Número: <b>5</b>	Complemento: <b>-11-</b>
Bairro: <b>MANDACARU</b>	Cidade: <b>ONAVATO</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>55.646-000</b>
E-mail:	Tel. (DDD): <b>(81) 99996-7907</b>		

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO:

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

## 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 ao 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 Lider para verificações da validade 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.

**FALEI SOBRE SEGURAR**  
**08/01/2019**

## 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deu nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **ONAVATO 28/01/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Rodrigo Alves de Araujo**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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:	Nome completo da vítima:
	325.386.524-80	Rodrigo Alves de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Rodrigo Alves de Araújo	
Profissão:	Endereço:	CPF: 325.386.524-80
Relacionar-se	Rua ten. José Norberto	Número: 5
Bairro:	Cidade: Granata	Estado: PE
Mandaçau.		CEP: 55646-000
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 3.958-3087	

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

<b>DADOS CADASTRAIS</b>	<b>RENDIMENTO MENSAL:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DPOCA DE CONTA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
AGÊNCIA: 0943	CONTA: 55 069	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)			

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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:	<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:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	pais/avós vivos?
			Vivos:	nascituro (val nascer)?						Avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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: Granata 31/05/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

Rodrigo Alves de Araújo

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.

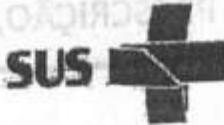
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS	
1º   Nome: _____	CPF: _____
CNPJ: _____	
Assinatura	
2º   Nome: 17 OUT 2019	CPF: _____
Assinatura	
FRO. COGOLO	
AGÊNCIA RECIFE	

HQ - Newton. 5549 384



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



### 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

ENDERECO: 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

UF: PE

CEP:

CIDADE: GRAVATÁ

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

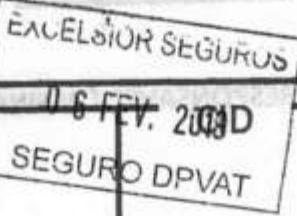
Glasgow: V: 4 | M: 6 | T: 0:2 | Total: 12

EEG reg, eupneico, hidratado, vias aéreas patológicas, ex gurgentes e bem perfundidos.  
FCV: 170x120, RCP 21, BNP

A.P.: M/V<sup>+</sup> A/H<sup>+</sup> / Nervos: Glasgow: 12 / Pupilas fatores normais

### EXAMES SOLICITADOS

Prerrogado de hemograma periódico (final da gravidez)



HD

J. KCE

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

16 FEV. 2018  
SEGURADO DPVAT

### MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

**PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM**

**SINAIS VITAIS**

TEMP.		HGT	177	P.A.	170x120
F.C.		F.R.			50 2788%

Cond:

1. SGL 500 ml aberto
2. H/6 +
3. Monitorização
4. Solicito H/H + Rx de Fase + coluna

Dr. Nicolas Nunes  
Medico CRM-PE 28858

HORA:	DATA	ALTA			
		<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
		<input type="checkbox"/> TRANSFERIDO	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

- FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento : 1654703

Nome : Renato Nunes de Araújo

Foi atendido às \_\_\_\_\_ hs. do dia 01 / 01 / 18

Diagnóstico Próvavel : TCE  
CONFUSÃO UVEBR

Tratamento Realizado : SINFONICO TANIEA DURA

EIA TO : F90

Observação : ACASALAMENTO FAMILIAR 2012

08/01/18

Cópia de : Dr. Luiz Fernando da Silveira  
CRMPE 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





Tarifa Social de Energia Elétrica  
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50003-902  
CNPJ 10.835.532/0001-08 | Ins. Est. 605343-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ANTONIO DE ARAUJO SOBRINHO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA TEN JOAO NORBERTO RECALADO 5

CPF: 858 694 304-53 NIS: 12082778003

MANDACARU/MANDACARU  
GRAVATAI/FIE  
55645-000

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

NOTA FISCAL	UNICA	EMITIDA
02/08/2018		19/11/2018

CLASSIFICAÇÃO HABITACIONAL DA ASSENTOADA  
12/11/2018 200173477 12/08/2018

NOTA FISCAL	1175545014	MESANO	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	21/11/2018	DATA PREVISTA PARA PAGAMENTO	15/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	27,75		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Aberto até 30 kWh  
Consumo Aberto superior a 30 até 100 kWh  
Acrescimo Bandeira AMARELA  
Acrescimo Bandeira VERMELHA  
Contib. Ium. Pública Município

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
31.000000	0,18388225	5,51
50.000000	0,31541014	15,77
		0,17
		1,14
		5,16



TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	NP DE DIAS
0248676		15-10-2018	12345,00		13-11-2018	13729,00	28

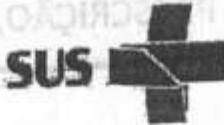
PERÍODO DE CONSUMO	DETALHAMENTO DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	IMPOSTO DE CUSTO	R\$	%
NOV/18	80			Transmissão	R\$ 1,46	0,07%
OUT/18	88	ICMS	22,64	0,74	0,16	0,07%
SET/18	78	PIS	22,58	0,44	0,81	0,37%
AGO/18	87	COFINS	22,58	0,77	2,14	9,47%
NOV/18	80			Perdas de Energia	R\$ 0,39	4,39%
OUT/18	88			Energias Saturadas	R\$ 0,93	4,12%
SET/18	78			Impostos	R\$ 22,18	100%
AGO/18	87			Total	R\$ 22,18	100%
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87					
NOV/18	80					
OUT/18	88					
SET/18	78					
AGO/18	87	</				



HQ - Newton. 5549 384



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



### 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

ENDERECO: 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

UF: PE

CEP:

CIDADE: GRAVATÁ

ACOMPANHANTE: MAE

HDA

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

### EXAME FÍSICO

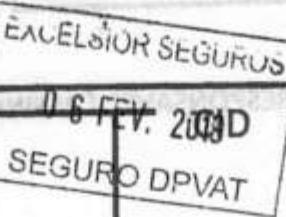
Glasgow: V: 4 | M: 6 | T: 0:2 | Total: 12

EEG reg, eupneico, hidratado, vias aéreas patológicas, ex. guenras e Venz perfundidos.  
FCV: 170x120, RCP 21, BNP

A.P.: M/V<sup>+</sup> A/H<sup>+</sup> / Nervos: Glasgow: 12 / Pupilas fijas e iguales

### EXAMES SOLICITADOS

Prerrogado de hemograma periódico (final da gravidez)



HD

J. KCE

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

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	177	P.A.	170x120
F.C.		F.R.			50 2788%

Cond:

1. SGL 500 ml aberto
2. H/6 +
3. Monitorização
4. Solicito H/H + Rx de Fase + coluna

Dr. Nicolas Nunes  
Medico CRM-PE 28868

HORA:	DATA	ALTA			
	/ /	CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>	
		TRANSFERIDO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>	

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

- FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento : 1654703

Nome : Renato Nunes de Araújo

Foi atendido às \_\_\_\_\_ hs. do dia 01 / 01 / 18

Diagnóstico Próvavel : TCE  
CONFUSÃO UVEBR

Tratamento Realizado : SINFONICO TANIEA DURA

EIA TO : F90

Observação : ACASALAMENTO FAMILÍLIA 2012

08/01/18

Cópia de : Dr. J. L. Pachano da Silveira  
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



*EPIQUETA*

## Ficha de Atendimento

Número do Registro

**1048951**

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

Local de Entrada: **EMERGENCIA CERA**  
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  
Pal: ANTONIO DE ARAUJO SOBRINHO

Cartão SUS:

Endereço: RUA PATRICIA DE SOUZA LIMA

Numero 20

Bairro: CENTRO

Complemento:

Cidade: GRAVATAÍ

UF: PE Telefone: 982862235

Corrências:

Visto 05/11/18

11/18

Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO VEH/HR/NEPI

Nor AM

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social: 05/11 - paciente causa

Confirmação de nome: Vincenzo Panizzi

Fones:

Assistência Social  
Roberto Almeida  
Assistente Social  
CRESS-PE 4033

Confirmação de endereço:

Providências: Alta  Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio  GPCA  Cons.Tutelar  Delegacias  Minist. Públco

Outros

Observação:

Assistente:

História Clínica:

Paciente vítima de acidente automobilístico, com perda de consciência há 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 pélvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp:

EG Reg, consciente, dor tránsito, respirado, estab, acromotiza

### Respiratório

MV + 21L SIRA

Spo<sub>2</sub>: 98%

Circulatório PA: 140X 80mm

P脉: 72 bpm

PR em 24 BPF S/S Pulso cheio e simétrico



# 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: XXXXXXXXXX  
Cor: XXXXXXXXXX AMARELO  
Queixa Principal: PACIENTE COM VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3H COM HISTÓRIA DE INCOSCIÊNCIA NEGA VÔMITO, APRESENTA HEMATOMA PERIORBITAL A DIR + OTORRALGIA A DIR  
Observação: SENHA: 5549384  
Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO  
Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?  
Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO  
Alergia(s): -  
Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14  
- REGUA DE DOR: 5

ne2 4/11/18

Contusão cerebral  
escala 14  
edema papilar obtuso  
Col. obscuras à borgie

Klaus Franke  
Neurocirurgia  
CRM-PE 15.349

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

05-11-18 NCR F-50L

4 contusões menfílicas

• Peço cefaleia em pontos

• Expressão, corado, sentado

CG 15.

Co: O Observador e  
prescreve

A

06/11/18

NCR

TCC

Contusão cerebral

Pci fogar infantil FCG 14

Infecção

Co observado

Dr. Corca Djalo  
Neurocirurgião  
CRM-PE 20.257

\* NCR. 06/11/18 \*

Hj. O paciente evoluiu

quando admi entrop. n intravenosa

Ap exame: ECG: 15. ECG: 15

Co o observador analisa

Dr. Claudionor Pimentel  
Neurocirurgião  
CRM-PE 20.256



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

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

HORA:

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE ORIGEM:

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

10/10/1988

IDADE:

ENDERECO DO PACIENTE:

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

TCE

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente com história de acidente de moto na Rua São José 3000, seguindo vias de fato e não utilizava capacete eingeriu álcool antes do mesmo. Paciente chegou ao serviço com sangue: 800 ml sanguínea direta e rinal da gaveta em colo direto.

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

170 x 120 mmHg

P. CARDIACAS:

bpm

F. RESPIRATORIA:

lpm

TEMPERATURA:

°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA | VERBAL | SONOLENTO | CONFUSO | SEM RESPOSTA

GLASGOW:  
12

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	( + ++ +++ ++++ )
		DESIDRATADO
		DES NUTRIDO

SIM | NÃO | (+ ++ +++ ++++)

CIANÓTICO

ICÔTERICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

ID

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

DOSEGM

PREScriÇÃO REALIZADA

DOSEGM

MEDICAÇÃO EM USO

DOSEGM

EXAMES COMPLEMENTARES:

E.C.G.  
ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOMÉ

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HB

HT

LEUCO

GPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

\* RELACIONAR DEMASI EXAMES REALIZADOS.

HOSPITAL  
DE DESTINO:

Neurocirurgia HR

MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Nicolas Nunes

Médico

CRM PE 26858

\*\* PÁGINA ALTA MÉDIO OUTUBRO/98 - VIA ÚNICA - FORTEZA AA (210027 MM)

BENHA CENTRAL

155 49 384

BENHA SAMU



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Rodrigo de Araújo

vermelho

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

07-11-18 Perniciosaia  
VTE e contusão encefálica  
04 de acidente

Depois cefaloxia em banho  
VF: espasmo, corado, desredo,  
orientação e sono deficit de  
força.

Admitido hospital para  
repouso e convalescência.

Ricardo Barbosa  
Médico  
CRM-PE 13762

O tempo: perde desorientação no tempo  
e espaço.

No consulto alta e monitorar  
desenvolvendo

versões  
CRM-PE 13762

#NCR ±

08188782

VTE | confuso extasiado

Marcos Henrique & Domingos  
Sua outras patologias

ECG: 13 115

Síndrome

Dr. J. Aranha da Silva Jr.  
CRM-PE 22896  
NEUROCIURGIA

COD. 0123



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



## HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



## Paciente

**ANSWER**

Enfermaria/Leito

**ANSWER**

## Registro

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

# Nummerierung = 0812118

- TCE | con ROSA'S EXHIBITS

FAZENDO EVOLUÇÃO COM VERSÃO  
ELÉTRICA P. NEUROLOGICO ESSENCIALIS.

CC 15, 150

DECA DOL

*CRIMINAL DE SANTIAGO  
CEREMÓNIA DE 2008  
NEUROCRÍRURGIA*



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

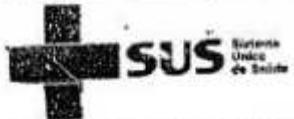
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

PERNAMBUCO

## TRATAMENTO AVC

NOME DO PACIENTE	ENF/LEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
MEDICAMENTO			05-11	06-11	07-11	08-11	09-11
① - SORO FISIOLÓGICO 0,9 %	1500 - 1	IV	24h	12/12h	12/12h	12/12h	12/12h
② RANTIDINA - 01 AMPOLA + AD	✓	IV	✓	✓	✓	✓	✓
③ FLASIL + AD		IV	S/N	✓	✓	✓	✓
④ DIPIRONA ( 2,8 ) AD		ATE	8/8h	✓	✓	✓	✓
⑤ LIOLEMINE 0,25ml.		IV	S/N	✓	✓	✓	✓
⑥ OLCHERANS 40.		SC	/DIA	✓	✓	✓	✓
⑦ CAPOTEN 25 01CP		SL	S/N	✓	✓	✓	✓
SEPAS > 180 OU PAD > 110mmhg.		SC					
INSUFLA SIMPLÉS CONFORME HGT							
0-200 - 6am 201 - 300 - 4am 301 - 400 - 8am 2- 400 = 12un		02CP	VO/	12h			
440-400			SNG				
✓ Gluc. Sust 10							
CUIDADOS							
① DIETA ZERO ATÉ 2º ORIENTAÇÃO							
INSTALAR SNG							
2. MEDIR DIURESE		SVD		PRESERVATIVO			
3. HGT							
④ MUDAR DECÚBITO 3/3h							
⑤ CABECEIRA 30°							
⑥ SSVV 6 / 4 h							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							
ESPECIFICAÇÃO							



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



### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Borriro Alves de Anuze

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1654203

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE ( CNS )

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/05/1997

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

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

005

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de c. cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de FACE + 30

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TAC

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04 / 11 / 18

25 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO ( N° DO REGISTRO E CONSELHO )

CRM-PE 24946  
M.R. CHIQUETE GOMES  
LIGOT CECILIANO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO ( N° DO REGISTRO E CONSELHO )

Cod. 0421

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1654703

Nome : Ronilton Alves de Araújo

Foi atendido às \_\_\_\_\_ hs. do dia 01 / 11 / 18

Diagnóstico Próvel :  
TCE LIVC  
CONTUSÃO CEFALGÉICA

Tratamento Realizado :  
SANGUINOSO CONSTITUCIONAL

ERIO TO : FRC

Observação :  
AGASALHAMENTO FUTÓIS 2 dias

08/11/18

Cópia de :  
Dr. J.C. Ramalho da Silveira

CRMPE 22008  
NEUROCIRURGIA

Médico - CRM Nº

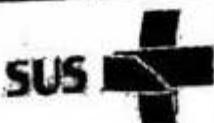
**ATENÇÃO :** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

HQ-Neutor. 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:

CIDADE: GRAVATAÍ

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

Nº: 05

COR: Sem Informação

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

Clasgow: V: 4 | M: 6 | O: 2 | Total: 12  
E/G reg, eupneico, hidratado, vias aéreas patológicas, est. gulares e bexigas profundas.  
P.A.: 170x120, P. C. 82, BNP  
A.R.: M/V<sup>+</sup> A/F<sup>+</sup>  
Nervos: Ofargow: 2/2 / Pupila Sfatotrope

EXAMES SOLICITADOS

Prerrogue de hematomas periosteais (rinal dos guaxinim)

L. KCE

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.		Sa <sub>o</sub> 2 <sup>3</sup> 85%	em aa

- Cond:
1. SPL 500 ml aberto
  2. H<sub>6</sub> +
  3. Monitorização
  4. Solicito H<sub>6</sub> + Rx de fole + coluna

Dr. Nicolas Nunes  
Médico  
CRM-PE 28866

## ALTA

HORA:DATA

CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>
TRANSFERIDO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>

## 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.  
REGISTRO  
NÚMERO: **9.713.231** DATA DE  
ISSUAMENTO: **08/05/2013**  
NOME:  
**<< RODRIGO ALVES DE ARAUJO >>**  
NOME:  
**<< ANTONIO DE ARAUJO SOBRINHO >>**  
NOME:  
**<< MARIA JOSÉ ALVES DE ARAUJO >>**  
NOME:  
**GRAVATA - PE** DATA DE SABIMENTO:  
DOC. NÚMERO: **<< CN.49791.LAA41.F.2 CART.GRAVATA-**  
**PE 16.11.1999 >>** DATA DE SABIMENTO:  
CNPJ:



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

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada no internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela:

Secretaria da Receita Federal do Brasil

DATA:

**06/05/2014**

LUGAR E DATA DE EMISSÃO:

**00**

DIGITO VERIFICADOR:



SEGURADO DPVAT  
**06-FEV-2013**



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

16:57:49 05/02/2014  
00  
16:57:49 05/02/2014  
00  
16:57:49 05/02/2014  
00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de pessoas físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

RODRIGO ALVES DE ARAUJO  
Número  
28/05/1997  
125.386.524-80

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1170132933 9999999999 2018

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GRÁVATA - PE

125.386.524-80

PDN9570

PLACA/CHP/CLP  
\*\*\*\*\*

9C2R00810JR057245

PLACA  
CLASS.

ALCO/GASOL

ESPECIE (NO)

ALCO/GASOL

MARCA/ANODELO

HONDA/NXR160 Bros 2000

CATEGORIA

PARTIC

DATA PREDOMINANTE

VERMELHA

DATA COTA ÚNICA

19/10/2018

DATA COTA ÚNICA

21/10/2018

DATA COTA ÚNICA

31/10/2018

DATA COTA ÚNICA

09/10/2018

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM NESTE MÊS DE SETEMBRO. SEGURO DPVAT

TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO 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.seguradoraalldtc.com.br](http://www.seguradoraalldtc.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

GRÁVATA - PE 2018 21/10/18

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CHP/01.2018.800/0001-04

06 FEV. 2019  
SEGURADOR SEGURUUS

JUL-2018

DESTAQUE: E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
FIM NÃO P. N. P. PORTO ORTIGORTO

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Dirigente Previdenciário DENATRAN/PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME  
RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GRAVATA - PE

CPF/CNPJ  
125.366.524-80

PLACA  
FDN9570

PLACA ANT./UF  
\*\*\*\*\* /PE

CHASSI

9C2KD0810JR057245

ESPECIE TIPO  
PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL  
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO  
HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.  
2018

ANO MOD.  
2018

GAP/POT/CAL  
2P/162CL

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

I	P	V	P	V	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I	P	V	P	V	IPVA 2019 QUITADO	1° *****	1° *****
A					FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2° *****
					1	*****	3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
'80,11 0,32 84,58 19/02/19

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAME

GRAVATA - PE  
Roberto Carlos Mota e Silva Fontallos

DIRETOR DESS EMPRESA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

0  
EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/04/19

VIA 1 CPF/CNPJ 125.366.524-80 PLACA FDN9570

RENAVAM 1170132933 MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2018 DATA FAB. 09 N° CHASSI 9C2KD0810JR057245

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
36,05 4,01 40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAIS DO BILHETE (R\$)  
4,15 0,32 84,58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 19/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

DESTE QUE SE GUARDE O BILHETE DPVAT  
QUE NAO È DE FORTE OBRIGATÓRIO.



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE ( ) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- OFÉ DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPÔSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- BOLETTIM 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)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)
- DAMS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE
- OBS: O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO LISTADAS NESTE FORMULÁRIO.
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTO = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 10.194/94.
- 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, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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)
- DAMS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

06 FEVEREIRO DE 2019  
 SEGURO DPVAT  
 SEGURO DPVAT

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
 DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

Ao Sr. Analista

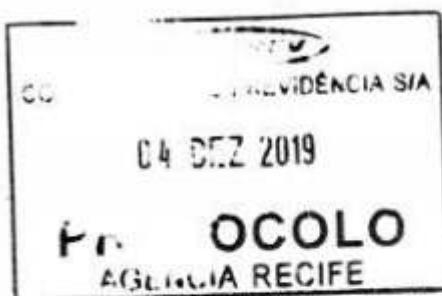
Sinistro: 3190/591502

**.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 RAIO 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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/11/2018

**Titular do CPF:** RODRIGO ALVES DE ARAUJO

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### 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