



Número: **0035452-39.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODRIGO ALVES DE ARAUJO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69425428	13/10/2020 16:54	2755871_JUNTADA_DE_DOCS_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00354523920208172001

MAPFRE VERA CRUZ VIDA E PREVIDENCIA S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RODRIGO ALVES DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 13/10/2020 16:54:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101316544568600000068080460>
Número do documento: 20101316544568600000068080460



Número: **0035452-39.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODRIGO ALVES DE ARAUJO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69425430	13/10/2020 16:54	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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 80. 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 5.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados 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

Carta nº 15205131





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguros lider.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 orientações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 80. 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: INTERRUÇÃO 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.

Doc: 01610/01111111 - caso_02 - INVALIDEZ

01000040



Carta nº 13043975





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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 orientações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 80. 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 seqüela 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

Doc: 016R00004 - caso_04 - INVALIDEZ

0100202



Carta nº 13298099



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Associação(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS: _____ 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SESEF Nº 415/2012

Nome completo: RODRIGO ALVES DE ARAUJO CIT: 125.386.524-80
 Profissão: RECUSO Endereço: RUA TEN. JOÃO CARLOS REBALADO Número: 5 Complemento: - 11 -
 Bairro: MANDACARU Cidade: OMARUATA Estado: PE CEP: 55.646-000
 E-mail: _____ (31) 99996-7967

Declaro, para todos os fins de direito, receber em nome e em nome da vítima informada conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS CADASTRAIS:
☒ RENDAS CADASTRAIS ☐ 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
☐ SEM RENDA ☐ 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 POUPEIRAS (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
 (Inserir o código se existir) 013 (Inserir o código se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ LUNTA: _____
 (Inserir o código se existir) (Inserir o código se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização correspondente ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde que e somente após a efetivação do crédito, utilizando 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 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 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 de 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, solicitando, ainda, que eu me submeta à avaliação médica em nome da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 2º, § 2º, declarando que esta autorização não implica nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
 Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixar companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou esposa? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, em nome da vítima, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____
 Local e Data: OMARUATA 28/03/2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): RODRIGO ALVES DE ARAUJO
 Assinatura: _____
 1º Nome: _____
 CPF: _____
 2º Nome: _____
 CPF: _____

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

VOU1/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ALE: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
229 386.524-80 Rodrigo Alves de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE SÉNDICA MENTAL DE PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP.Nº 446/2013
Nome completo: Rodrigo Alves de Araújo CPF: 229 386.524-80
Profissão: Relizador de Rua ten de 1ª Norberto Número: 3 Complemento:
Bairro: Mandacaru Cidade: Guaratá Estado: PE CPF: 65646-000
E-mail: Tel (DDD): (01) 33 258-3087

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

RENDA MENSAL:
☒ RECEBO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$4.000,00 ☐ R\$4.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (serviço para poupar dinheiro, sem saque imediato)
☐ Bradesco (247) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (301) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (valor saqueável)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 65069
(informar o dígito verificador)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito verificador)

Autorize 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 sem reserva, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LACRO DO INIL - 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 à região do acidente ou da minha residência ou
☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fico informado(a) sobre o prazo de apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base em documentação anexada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 234/76, art. 1º, § 4º, desde que esta autorização não implique compromisso com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, caso discordar, conforme.

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: _____

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima desse caso estiver morta, informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ vitima deixou nascituro (ou nascim)? ☐ Sim ☐ Não Vitima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esse cliente do que a Seguradora Lider pagará, considerando a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem provirem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário autorizada

Local e Data: Guaratá 31/05/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
3ª Nome: _____
CPF: _____
4ª Nome: _____
CPF: _____
5ª Nome: _____
CPF: _____
6ª Nome: _____
CPF: _____
7ª Nome: _____
CPF: _____
8ª Nome: _____
CPF: _____
9ª Nome: _____
CPF: _____
10ª Nome: _____
CPF: _____
11ª Nome: _____
CPF: _____
12ª Nome: _____
CPF: _____
13ª Nome: _____
CPF: _____
14ª Nome: _____
CPF: _____
15ª Nome: _____
CPF: _____
16ª Nome: _____
CPF: _____
17ª Nome: _____
CPF: _____
18ª Nome: _____
CPF: _____
19ª Nome: _____
CPF: _____
20ª Nome: _____
CPF: _____
21ª Nome: _____
CPF: _____
22ª Nome: _____
CPF: _____
23ª Nome: _____
CPF: _____
24ª Nome: _____
CPF: _____
25ª Nome: _____
CPF: _____
26ª Nome: _____
CPF: _____
27ª Nome: _____
CPF: _____
28ª Nome: _____
CPF: _____
29ª Nome: _____
CPF: _____
30ª Nome: _____
CPF: _____
31ª Nome: _____
CPF: _____
32ª Nome: _____
CPF: _____
33ª Nome: _____
CPF: _____
34ª Nome: _____
CPF: _____
35ª Nome: _____
CPF: _____
36ª Nome: _____
CPF: _____
37ª Nome: _____
CPF: _____
38ª Nome: _____
CPF: _____
39ª Nome: _____
CPF: _____
40ª Nome: _____
CPF: _____
41ª Nome: _____
CPF: _____
42ª Nome: _____
CPF: _____
43ª Nome: _____
CPF: _____
44ª Nome: _____
CPF: _____
45ª Nome: _____
CPF: _____
46ª Nome: _____
CPF: _____
47ª Nome: _____
CPF: _____
48ª Nome: _____
CPF: _____
49ª Nome: _____
CPF: _____
50ª Nome: _____
CPF: _____
51ª Nome: _____
CPF: _____
52ª Nome: _____
CPF: _____
53ª Nome: _____
CPF: _____
54ª Nome: _____
CPF: _____
55ª Nome: _____
CPF: _____
56ª Nome: _____
CPF: _____
57ª Nome: _____
CPF: _____
58ª Nome: _____
CPF: _____
59ª Nome: _____
CPF: _____
60ª Nome: _____
CPF: _____
61ª Nome: _____
CPF: _____
62ª Nome: _____
CPF: _____
63ª Nome: _____
CPF: _____
64ª Nome: _____
CPF: _____
65ª Nome: _____
CPF: _____
66ª Nome: _____
CPF: _____
67ª Nome: _____
CPF: _____
68ª Nome: _____
CPF: _____
69ª Nome: _____
CPF: _____
70ª Nome: _____
CPF: _____
71ª Nome: _____
CPF: _____
72ª Nome: _____
CPF: _____
73ª Nome: _____
CPF: _____
74ª Nome: _____
CPF: _____
75ª Nome: _____
CPF: _____
76ª Nome: _____
CPF: _____
77ª Nome: _____
CPF: _____
78ª Nome: _____
CPF: _____
79ª Nome: _____
CPF: _____
80ª Nome: _____
CPF: _____
81ª Nome: _____
CPF: _____
82ª Nome: _____
CPF: _____
83ª Nome: _____
CPF: _____
84ª Nome: _____
CPF: _____
85ª Nome: _____
CPF: _____
86ª Nome: _____
CPF: _____
87ª Nome: _____
CPF: _____
88ª Nome: _____
CPF: _____
89ª Nome: _____
CPF: _____
90ª Nome: _____
CPF: _____
91ª Nome: _____
CPF: _____
92ª Nome: _____
CPF: _____
93ª Nome: _____
CPF: _____
94ª Nome: _____
CPF: _____
95ª Nome: _____
CPF: _____
96ª Nome: _____
CPF: _____
97ª Nome: _____
CPF: _____
98ª Nome: _____
CPF: _____
99ª Nome: _____
CPF: _____
100ª Nome: _____
CPF: _____

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

FPS/021/0001/2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regido por sigilo

Número do Sinistro: 3190876372
Nome do(a) Examinado(a): Rodrigo Alves de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): R. Irm. João Norberto - Regalada, S/N
Mandacari - Mandacari - PE - CEP: 55846-000
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 produzida(s) no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: **TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUPOORTE 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. Nível de causalidade, as lesões descritas são decorrentes do acidente que ocorreu e compreendidas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (deficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções do item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".
- VII. Segundo o previsto no inciso I, §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, a percentual que represente os prejuízos de inativos 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 do 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 relatado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Vítima sem sequelas anômicas ou funcionais de referido acidente

Assinatura do(a) Médico(s) Examinado(a)
Carimbo com Nome e CRM


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM - PE 18.579
TEST 13921





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 62ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62/CIRC
DINTER1/12ª DESEC

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

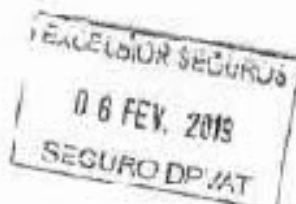
Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 1, ESTRADA DE MANDAGARÁ - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO INTERMEDIÁRIO JOÃO PAULO I**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

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: **28/9/1997** Nacionalidade: **BRASIL** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Documentos: **ST 13231/SDS/PE (RG)**, **12538652480 (CPF)**, **06831770552 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **982952092**

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: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefones 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** - Qualidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Piaca: PDN9570 (PERNAMBUCO/GRAVATA) Chassi: 9C2KD0610JR057245
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALDO/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE RODRIGO ALVES DE ARAUJO COMUNICANDO QUE TERIA SOFRIDO UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA NA PE QUE DÁ ACESSO AO DISTRITO DE MANDACARU NO 04/11/2016, SENDO EM SEQUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA NESTA CIDADE DE GRAVATA, 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 08/11/2016 DE ACORDO COM ATENDIMENTO DE NÚMERO 1654793.NADA MAIS A REGISTRAR.

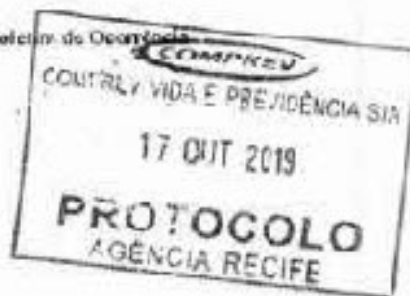
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Rodrigo Alves de Araújo

RODRIGO ALVES DE ARAUJO
(VÍTIMA)

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 62ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62 CIRC
DINTER1/12ª DESEC

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(s) 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: **ANTÔNIO DE ARAÚJO SOBRINHO** Data de Nascimento: **28/5/1997** Nacionalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9713231/SDSPE (RG), 12534652489 (CPF), 06831770552 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **982352092**

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: **NÃO 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(s) Sr(s): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO ALVES DE ARAÚJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PDN9576** (PERNAMBUCO/GRAVATA) Chassi: **9C2K004161R057245**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCOIGASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE RODRIGO ALVES DE ARAUJO COMUNICANDO QUE TERIA SOFRIDO UM ACIDENTE DE MOTOCICLETA NA PE QUE DA ACESSO AO DISTRITO DE MANDACARU NO 04/11/2018, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA NESTA CIDADE DE GRAVATA, CONFORME Nº DE REGISTRO 330583. EM DECORRENCIA DOS FERIMENTOS, A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO NA CIDADE DO RECIFE NO MESMO DIA, TENDO ALTA NO DIA 05/11/2018 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 ARAUJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Jose Faustino de Almeida Neto* Matrícula: 221217-04



02/10/19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Associação(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS: 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SESEF Nº 415/2012

Nome completo: RODRIGO ALVES DE ARAUJO
 Profissão: RECURSO Endereço: RUA TEN. JOÃO CARLOS REBALADO
 Bairro: MANDACARU Cidade: OMAUATA Estado: PE
 CEP: 55.646-000
 E-mail: (81) 99996-7967

Declaro, para todos os fins de direito, receber em nome e em nome dos meus dependentes a indenização conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

☒ CONTA POUPEANÇA (Destinada 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)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização correspondente ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde que e somente após a efetivação do crédito, utilizando 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 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 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 de 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, solicitando, ainda, que eu me submeta à avaliação médica nos postos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, § 2º, declarando que esta autorização não interfere em nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:
 Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixar companheiro(a), informar o nome completo:
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Filhos: Vítima deixou esposa? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, em nome meu, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira acarretará para a obrigação do beneficiário, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Representante Legal (se houver): Local e Data: OMAUATA 28/03/2019
 Nome: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
 CPF: Assinatura do Procurador (se houver):
 Assinatura

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

VOU1/2028



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ALE: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
229 386.524-80 Rodrigo Alves de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE SÉNDICA MENCIONADA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSP.Nº 446/2013
Nome completo: Rodrigo Alves de Araújo CPF: 229 386.524-80
Profissão: Relizador - RUA TEN. DEPA. NORBERTO Nº: 3 Complemento:
Bairro: Mandacaru Cidade: Guaratá Estado: PE CEP: 55646-000
E-mail: (011) 3.9258-3087

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

RENDA MENSAL:
☒ RECEBO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$4.000,00 ☐ R\$4.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (serviço para poupar dinheiro, sem saque imediato)
☐ Bradesco (247) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (301) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (valor cheques)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 65069
(informar o dígito verificador)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito verificador)

Autorize 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 sem reserva, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LACRO DO INIL - 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 à região do acidente ou da minha residência ou
☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fico informado(a) sobre o prazo de apresentação 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 costas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.234/76, art. 1º, § 1º, desde que esta autorização não implique compromisso com a futura avaliação médica ou restituição do direito de contestação, caso discordar do resultado.

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: _____

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima desse caso estiver morta, informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ vitima deixou nascituro (ou nascim)? ☐ Sim ☐ Não Vitima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esse cliente do que a Seguradora LIDER pagará, considerando a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem provirem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário autorizada

Local e Data: Guaratá 31/05/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
3ª Nome: _____
CPF: _____
4ª Nome: _____
CPF: _____
5ª Nome: _____
CPF: _____
6ª Nome: _____
CPF: _____
7ª Nome: _____
CPF: _____
8ª Nome: _____
CPF: _____
9ª Nome: _____
CPF: _____
10ª Nome: _____
CPF: _____
11ª Nome: _____
CPF: _____
12ª Nome: _____
CPF: _____
13ª Nome: _____
CPF: _____
14ª Nome: _____
CPF: _____
15ª Nome: _____
CPF: _____
16ª Nome: _____
CPF: _____
17ª Nome: _____
CPF: _____
18ª Nome: _____
CPF: _____
19ª Nome: _____
CPF: _____
20ª Nome: _____
CPF: _____
21ª Nome: _____
CPF: _____
22ª Nome: _____
CPF: _____
23ª Nome: _____
CPF: _____
24ª Nome: _____
CPF: _____
25ª Nome: _____
CPF: _____
26ª Nome: _____
CPF: _____
27ª Nome: _____
CPF: _____
28ª Nome: _____
CPF: _____
29ª Nome: _____
CPF: _____
30ª Nome: _____
CPF: _____
31ª Nome: _____
CPF: _____
32ª Nome: _____
CPF: _____
33ª Nome: _____
CPF: _____
34ª Nome: _____
CPF: _____
35ª Nome: _____
CPF: _____
36ª Nome: _____
CPF: _____
37ª Nome: _____
CPF: _____
38ª Nome: _____
CPF: _____
39ª Nome: _____
CPF: _____
40ª Nome: _____
CPF: _____
41ª Nome: _____
CPF: _____
42ª Nome: _____
CPF: _____
43ª Nome: _____
CPF: _____
44ª Nome: _____
CPF: _____
45ª Nome: _____
CPF: _____
46ª Nome: _____
CPF: _____
47ª Nome: _____
CPF: _____
48ª Nome: _____
CPF: _____
49ª Nome: _____
CPF: _____
50ª Nome: _____
CPF: _____
51ª Nome: _____
CPF: _____
52ª Nome: _____
CPF: _____
53ª Nome: _____
CPF: _____
54ª Nome: _____
CPF: _____
55ª Nome: _____
CPF: _____
56ª Nome: _____
CPF: _____
57ª Nome: _____
CPF: _____
58ª Nome: _____
CPF: _____
59ª Nome: _____
CPF: _____
60ª Nome: _____
CPF: _____
61ª Nome: _____
CPF: _____
62ª Nome: _____
CPF: _____
63ª Nome: _____
CPF: _____
64ª Nome: _____
CPF: _____
65ª Nome: _____
CPF: _____
66ª Nome: _____
CPF: _____
67ª Nome: _____
CPF: _____
68ª Nome: _____
CPF: _____
69ª Nome: _____
CPF: _____
70ª Nome: _____
CPF: _____
71ª Nome: _____
CPF: _____
72ª Nome: _____
CPF: _____
73ª Nome: _____
CPF: _____
74ª Nome: _____
CPF: _____
75ª Nome: _____
CPF: _____
76ª Nome: _____
CPF: _____
77ª Nome: _____
CPF: _____
78ª Nome: _____
CPF: _____
79ª Nome: _____
CPF: _____
80ª Nome: _____
CPF: _____
81ª Nome: _____
CPF: _____
82ª Nome: _____
CPF: _____
83ª Nome: _____
CPF: _____
84ª Nome: _____
CPF: _____
85ª Nome: _____
CPF: _____
86ª Nome: _____
CPF: _____
87ª Nome: _____
CPF: _____
88ª Nome: _____
CPF: _____
89ª Nome: _____
CPF: _____
90ª Nome: _____
CPF: _____
91ª Nome: _____
CPF: _____
92ª Nome: _____
CPF: _____
93ª Nome: _____
CPF: _____
94ª Nome: _____
CPF: _____
95ª Nome: _____
CPF: _____
96ª Nome: _____
CPF: _____
97ª Nome: _____
CPF: _____
98ª Nome: _____
CPF: _____
99ª Nome: _____
CPF: _____
100ª Nome: _____
CPF: _____

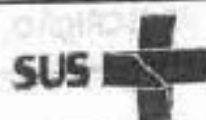
A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.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

FPS/001/0001/2018

H7 - Nemer. 5549384



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



OK

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 330583

PACIENTE: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GENITORA: MARIA JOSE ALVES DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 29/05/1997

IDADE: 21

ENDEREÇO: TENENTE JOAO REGALADO

BAIRRO: MANDACARU

PONTO DE REFERENCIA

DATA: 04/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 18:30

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 | O: 2 | Total: 12

EC reg, enfraquecido, hidratado, vias aéreas
livres, est. gástrico e íleo profundos.

ACV: PA: 170 x 120, 70/80, 3NF

AP: MV ⊕

Neuro: Glasgow: 12 / Pupilas isotóricas

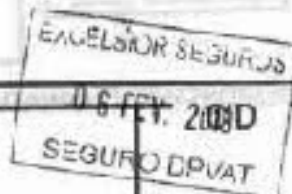
EXAMES SOLICITADOS

Exames de hemograma pericardial e
renal de urina

HD

L. C. E

MARIA ADELINA DA SILVA
Supervisora do Patrocínio
Hospital Dr. Paulo da Veiga Pessoa
Matrícula: 1541



MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA



PREScrição, Procedimentos - EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	177	P.A.	170x120
F.C.		F.R.		550g 88%	

Cond. em aa

1. SGL 500 ml abertos
2. H/T
3. Monitorização
4. Solução H/T / H/LV + Rx de face + coluna

Dr. Nicolas Nerys
Médico
CRM-PE 26963

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1004703

Nome: PEDRO RUIZ DE ALMEIDA

Foi atendido às _____ hrs, do dia 04 / 10 / 19

Diagnóstico Principal: TRC
PARADOXO LEXICAL

Tratamento Realizado: INTERVENCÃO CIRÚRGICA

EM 02/10

Observação: ADMISSÃO EM 02/10/2019

08/10/2019

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 15.800
NEUROLOGIA

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

Cód. 0157





União Nacional de Engenharia e Arquitetura
União Nacional de Engenharia e Arquitetura
União Nacional de Engenharia e Arquitetura

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO DE JESUS SOBRINHO

ENDEREÇO DA EMPRESA CONTRATADA

RUA TENJUNO ROBERTO REGALADO S

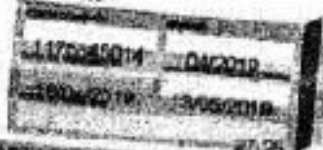
CNPJ: 06.946.246/01 NIS: 1100171000

CLASSIFICAÇÃO

II RESIDENCIAL
SEM RECONSTRUÇÃO

MUNICÍPIO: MANGABEIRA
CEP: 55000-000

PROPOSTA	VALOR	DATA
01/2019	1175245014	04/2019
02/2019	1175245014	04/2019



Condição: Até 25 dias
Condição: Até 25 dias
Condição: Até 25 dias
Condição: Até 25 dias
Condição: Até 25 dias
Condição: Até 25 dias

CONDIÇÃO	VALOR	DATA
01/2019	1175245014	04/2019
02/2019	1175245014	04/2019

TIPO DE SERVIÇO

TIPO DE SERVIÇO	VALOR	DATA
01/2019	1175245014	04/2019
02/2019	1175245014	04/2019

TIPO DE SERVIÇO	VALOR	DATA
01/2019	1175245014	04/2019
02/2019	1175245014	04/2019

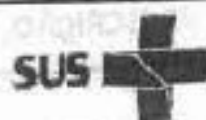
CONF. RE. VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
17 OUT 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



H7 - Nemer. 5549384



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



OK

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 330583

PACIENTE: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GENITORA: MARIA JOSE ALVES DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 29/05/1997

IDADE: 21

ENDEREÇO: TENENTE JOAO REGALADO

BAIRRO: MANDACARU

PONTO DE REFERENCIA

DATA: 04/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 18:30

CNS:

TELEFONE:

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: 05

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

Glaucoma: V: 4 / M: 6 / O: 2 / Total: 12

EC reg, eufêmico, hidratado, vias aéreas
livres, estômagos e intestinos normais.

ACV: PA: 170 x 120, 24/24, 3NF

AP: MV ⊕

Nervos: glaucoma: 12 / Pupilas isotropicamente

EXAMES SOLICITADOS

Exames de hemograma pericardial e
renal do quadrante

HD

L. C. E

MARIA ADELINA DA SILVA
Supervisora do Patrimônio
Hospital Dr. Paulo da Veiga Pessoa
Matrícula: 1541

ENVELOJO SEGURO
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.		550g 88%	

Cond.

em aa

1. SGL 500 ml abertos
2. H/T
3. Monitorização
4. Solução H/T / H/LV + Rx de face + coluna

Dr. Nicolas Nery
Médico
CRM-PE 26963

ALTA

HORA:

DATA

☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ A PEDIDO
☐ TRANSFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1004703

Nome: PEDRO RUIZ DE ALMEIDA

Foi atendido às _____ hrs, do dia 04 / 10 / 19

Diagnóstico Principal: TRC
PARO CARDIO CIRCULATÓRIO

Tratamento Realizado: INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

EM UCI

Observação: ADMISSÃO EM UCI 04/10/2019

08/10/2019

Cópia de: _____

Médico - CRM Nº _____

Dr. Antônio Carlos de
Cristina Lima
NEUROLOGIA

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

Cód. 0157





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

EFICURTA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

1048951

Data e Hora de Atendimento:
04/11/2010 19:33

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1684703 Paciente: RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Data de nascimento: 28/05/1987

Idade: 23a 5m 8d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acumpanhante:

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: GEMINHO

Cidade: GRAVATA

VISID 05/11/10

UF: PE

Número 20
Complemento:

Telefone: 962482235

Comércio:

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Motivo do atendimento: QUESA

DEMOTO

NOTA

Procedência: OUTRO HOSPITAL

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

Confirmação de nome: VINÍCIUS RAMALHO

Fone:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

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

Outros ☐

Observação:

Assistente Social
Roberto de Almeida
Assistente Social
CRESE-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
Força de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emasco: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Solteiro Quede: Sim ☐ Não ☒ Água:
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral: Vozes estáveis: Sim ☒ Não ☐ Opacidades: Sim ☒ Não ☐ Temp:

EG Rg, limpa, brônquios, ressonância, sibilos, crepitações

Respiratório

MV + 24 SRA

SpO₂: 98%

Circulatório

PA: 140 x 80 mm

Pulso: 72

bpm

PR 100 x 40 RAE 5/5

Reflexos abertos e normais

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 16:54:45

Fotografante

Definição de motor: MSD ☐ MSE ☐ MD ☐ ME ☐		Pupila: Isocôncas ☒ Anisocôncas ☐
023 14 20:00 Hora: 20:00	Glasgow: Resposta Verbal Escala: 4	Glasgow: Resposta Motora Escala: 6
Pontagem horizontal no olho esquerdo ☐		
Abdômen: ABD Plano, deprimível, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. E: Exame + hemograma pericardial à direita		
Diagnóstico: Inicial ① TCE leve		Cod. Procedimento
② Solução TAC de crânio e coluna cervical + Rx de tórax e pelve em AP. ③ Avaliação de NOR		Ass. Médico
Ass. Enfermagem		Ass. Enfermagem
Caso do Caso: Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evolução ☒ Alta		Condição da Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Piorado ☐ Inalterado ☐ Óbito
Indicação para Alta / Internamento / Transferência: 023 14 20:00 Assinatura: [Assinatura] Data: 04-11-18 Hora:		
Responsabilidade para Internamento: Eu, abaixo assinado, deixo-me pela imediata retirada do paciente neste estabelecimento, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir. Nome completo legível: _____ Assinatura: _____		
Responsabilidade de alta a pedido: Eu, abaixo assinado, deixo-me pela imediata retirada do paciente neste estabelecimento, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir. Nome completo legível: _____ Assinatura: _____		
Data e Hora Impressão: 04-Nov-18		

02/11/18 # Cirurgia Cerebral
 04/11/18 # Paciente para guiar a família ou acompanhante
 04/11/18 de tórax e coluna em apertagens
 04/11/18 1.000mls de S.A.T.A. 1A-0.0. 100mls

Assinatura: [Assinatura]
 Assinatura: [Assinatura]



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/11/2018 19:27

Nome Paciente: RODRIGO LAYES DE ARAUJO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 25/05/1997
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0037
Convênio:
Atendimento:

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

Procedência:

Cor:

AMARELO

Queixa 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 COR: 5

nei 4/11/18
Contusão corneal
66... 14
edema palpebral direito
Ced. observação o Boyer

Kaue F. Santos
Neurocirurgião
CRM-74530

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

fe Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1



05-11-18 por F. 0001
4 contusões encefálicas
- lesão encefálica em vários
EE: supratentorial, subaracnóide, subdural
CG 15.

CG: 0 observações
preencher

06/11/18

Alcan

TEC

Contusões Encefálicas

Pos. Seg. atual FC 14
Técnica

CG observações

Dr. Cordeiro
Neurologista
CRM 20.297

1100. 06/11/18
Hx. 0 contusões Encefálicas

Tratado com medicação, sem intervenções
de caráter cirúrgico.

CG: 0 observações.

Dr. Claudio
Neurologista
CRM 20.297





PREFATÓRIA MUNICIPAL
GRAVATÁ
AGORA EM CRESCIMENTO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

Nº CARTÃO MUB

DATA DE ADMISSÃO

HORA

DATA DO ATRIBUIMENTO DA LICENÇA MÉDICA

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO

HISTÓRIA RELATADA DO PACIENTE

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

% SATURADA

FREQUÊNCIA

TEMPERATURA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

EXAME FÍSICO

SEM

NÃO

(+ ++ +++ ++++)

DEHIDRATADO

DEHIDRATADO

SEM

NÃO

(+ ++ +++ ++++)

CLÁSSICO

ATÍPICO

DOENÇAS ASSOCIADAS

DIABETES

NÃO

DO

NEQUELA AVC

DOES

OUTROS

PROCURA REALIZADA

DOAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

DOAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES

ECG

ALTERAÇÃO

NORMAL

RX TORAX

ACABADO

OUTROS

YMOGRAFIA

LABORATORIAL

RE

HT

LEUCO

GRH

TGO

TGO

AMELARI

URINA

* RELACIONAR TODAS AS DOENÇAS REALIZADAS

HOSPITAL

DE DESTINO

MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Nicolas Nolasco

MÉDICO

CRM 25.255

BRANCA CENTRAL

5549384

RECEBUELA





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Rodolfo de Araújo

Enfermaria/Leito

vermelha

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07-11-18 Neuropsiquiatria

87% e contínuo encefalopatia

OH de acidente

Urga captação ao Manuseio

87% - agitação, ansiedade, desorientação, ansiedade, ansiedade

força.

co: o alto hospitalar para

reparo e comp

ambulatorial.

Ricardo Barbosa
Médico
CRM-PE 13782

o tempo: pode desorientado no tempo

e espaço.

co: sensação de ansiedade e ansiedade

ansiedade

ansiedade
CRM-PE 13782

#NCR 1

08/08/18

PE

1 consultório

13782

MAIORES INDICADORES E DETERMINAÇÃO

SEUS OUTROS DETERMINAÇÃO

ECG: 13/11/18

Diagnóstico

Dr. Ricardo Barbosa
CRM-PE 13782
NEUROLOGIA

000.0128



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PRESCRIÇÃO CUIDADOS MEDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO
TRATAMENTO AVC



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

NOME DO PACIENTE		ENFERMEIRO		REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA
Roberto Alves					05-11	06-11	07-11	08-11	09-11
MEDICAMENTO		DOSE		VIA	INTER	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1- SORO FISIOLÓGICO 0,9 %		1000 ml		IV	24h	08:00	08:00	08:00	08:00
2- RANITIDINA - OLAMPOLA + AD		100 mg		IV	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
3- FLAVEL + AD				IV	8/8h	08:00	08:00	08:00	08:00
4- DIFENHIDRAMINA 12,8 mg AD				ATE	8/8h	08:00	08:00	08:00	08:00
5- LIQUEMINE 0,45 ml				ATE	8/8h	08:00	08:00	08:00	08:00
6- CAPOTEN 25 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
7- INSULINA STIMULOS CONFORME HGT				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
8- ASPIRINA 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
9- PARACETOL 500 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
10- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
11- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
12- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
13- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
14- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
15- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
16- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
17- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
18- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
19- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
20- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
21- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
22- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
23- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
24- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
25- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
26- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
27- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
28- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
29- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
30- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
31- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
32- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
33- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
34- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
35- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
36- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
37- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
38- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
39- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
40- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
41- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
42- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
43- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
44- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
45- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
46- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
47- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
48- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
49- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
50- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
51- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
52- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
53- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
54- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
55- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
56- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
57- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
58- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
59- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
60- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
61- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
62- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
63- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
64- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
65- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
66- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
67- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
68- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
69- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
70- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
71- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
72- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
73- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
74- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
75- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
76- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
77- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
78- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
79- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
80- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
81- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
82- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
83- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
84- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
85- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
86- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
87- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
88- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
89- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
90- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
91- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
92- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
93- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
94- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
95- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
96- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
97- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
98- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
99- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00
100- CLORALMIDATO 100 mg				SC	12/12h	08:00	08:00	08:00	08:00

QUANTA ZERO ATÉ 2ª ORIENTAÇÃO

1- MEDICAMENTO

2- MEDICAMENTO

3- MEDICAMENTO

4- MUDAR DECUBITO 2/3h

5- CABECEIRA 30°

6- SSV 6/6h

7- SSV 6/6h

8- SSV 6/6h

9- SSV 6/6h

10- SSV 6/6h

11- SSV 6/6h

12- SSV 6/6h

13- SSV 6/6h

14- SSV 6/6h

15- SSV 6/6h

16- SSV 6/6h

17- SSV 6/6h

18- SSV 6/6h

19- SSV 6/6h

20- SSV 6/6h

21- SSV 6/6h

22- SSV 6/6h

23- SSV 6/6h

24- SSV 6/6h

25- SSV 6/6h

26- SSV 6/6h

27- SSV 6/6h

28- SSV 6/6h

29- SSV 6/6h

30- SSV 6/6h

31- SSV 6/6h

32- SSV 6/6h

33- SSV 6/6h

34- SSV 6/6h

35- SSV 6/6h

36- SSV 6/6h

37- SSV 6/6h

38- SSV 6/6h

39- SSV 6/6h

40- SSV 6/6h

41- SSV 6/6h

42- SSV 6/6h

43- SSV 6/6h

44- SSV 6/6h

45- SSV 6/6h

46- SSV 6/6h

47- SSV 6/6h

48- SSV 6/6h

49- SSV 6/6h

50- SSV 6/6h

51- SSV 6/6h

52- SSV 6/6h

53- SSV 6/6h

54- SSV 6/6h

55- SSV 6/6h

56- SSV 6/6h

57- SSV 6/6h

58- SSV 6/6h

59- SSV 6/6h

60- SSV 6/6h

61- SSV 6/6h

62- SSV 6/6h

63- SSV 6/6h

64- SSV 6/6h

65- SSV 6/6h

66- SSV 6/6h

67- SSV 6/6h

68- SSV 6/6h

69- SSV 6/6h

70- SSV 6/6h

71- SSV 6/6h

72- SSV 6/6h

73- SSV 6/6h

74- SSV 6/6h

75- SSV 6/6h

76- SSV 6/6h

77- SSV 6/6h

78- SSV 6/6h

79- SSV 6/6h

80- SSV 6/6h

81- SSV 6/6h

82- SSV 6/6h

83- SSV 6/6h

84- SSV 6/6h

85- SSV 6/6h

86- SSV 6/6h

87- SSV 6/6h

88- SSV 6/6h

89- SSV 6/6h

90- SSV 6/6h

91- SSV 6/6h

92- SSV 6/6h

93- SSV 6/6h

94- SSV 6/6h

95- SSV 6/6h

96- SSV 6/6h

97- SSV 6/6h

98- SSV 6/6h

99- SSV 6/6h

100- SSV 6/6h

ASSINATURA DO MÉDICO

Cod. 01



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

Roberto Alves de Azevedo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1654203

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/05/1993

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

4. Mil 8

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de crânio

16 - 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

QTD

15 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TUE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA SOLICITAÇÃO

02 / 11 / 18

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

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

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: 2054703

Nome: RODRIGO DAVES DE ARAÚJO

Foi atendido em: 04/11/19

Diagnóstico Provável: TCE L4/L5
CONTUSÃO VERTEBRAL

Tratamento Realizado: FISIOTERAPIA REABILITADORA

PRO LA: 190

Observação: ACESSO MINIO KULLER 2019

00135 128

Cópia de:

Dr. Alexandre da Silva Filho
CRM 155908
NEUROCIRURGIA
Médico - CRM Nº

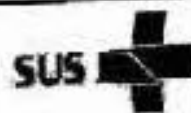
ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



117 - Nentes 5.549.334

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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NR 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: MANDAGARU
PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 04/11/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 16:30

CNS:

TELEFONE

COR: Sem Informação

SEXO: Masculino

NR: 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 | O: 2 | Total: 12

EC reg, eufônico, hidratado, vias aéreas
livres, estômagos e intestinos perfundidos.

FCV: 170 x 120, 70/21, 31F

Neuro: Glasgow: 11 / Pupilas isotóricas

EXAMES SOLICITADOS

Exame de hemograma periorbitário
Rinal do quadrante

HD

1. FCE

MARIA ADELMA DA SILVA
Supervisora de Registro em Saúde
Hospital Dr. Paulo da Veiga Pessoa
Gravata - PE

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rua Joaquim Souto Maior, 5/4, N.º das Grças - Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423



PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	177	P.A.	110x120
F.C.		F.R.		SaO ₂	98%

em/aa

Cond.

1. SGL 500 ml aberta

2. Hb +

3. Monitorização

4. Solicita HP / Hb + Rx de fole + coluna

Dr. Nicóla Nunes
Médico
CRM-PS 15599

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nst^a das Graças – Gravata – 55642-250, (81) 3593-0423



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
125.386.524-80

Nome
RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Nascimento
28/06/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
76BZ.3D3A.B484.0278

A presente inscrição deve ser apresentada obrigatoriamente em todo e qualquer ato de atendimento ao contribuinte em qualquer unidade da RFB.

www.receita.fazenda.gov.br

Assinatura eletrônica por:
 Departamento de Registro Federal de Pessoas Físicas
 em 16.07.16 às 09:22:014 (hora e data de emissão)
 Digito verificador: 00

05 FEV 2019
 Selo de Segurança

CPF: **9.713.231** Data de Emissão: **08/05/2013**

«**RODRIGO ALVES DE ARAUJO**»

«**ANTONIO DE ARAUJO SCERINHO**»

«**MARIA JOSE ALVES DE ARAUJO**»

GRAVATA - PE

«**CN.40791 LAA41 P.2 CART GRAVATA-**
PE 16.11.1998»

28/05/1997

09-R51

Rodrigo Alves de Araujo





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

www.receita.fazenda.gov.br

09-05-91 11:22:00



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
125.386.524-80

Nome
RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Matrícula
28/05/1997

VALIDO SOMENTE COM COMPLEMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COM. RL. VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

17 OUT 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

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

VIA 1 1170132983 RNTRO EXERCÍCIO 2019

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

GRAVATA-PE

CPF/CNPJ 125.286.524-80

PLACA PD18570

PLAQUEIA / IP 1170132983 / PE

CHASSI 9C2KD08103R057245

ESPÉCIE / TIPO PRM / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA / NXR160 BRO3 ESDD 2014 8014

CAP / POT / DL 25 / 162CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA: IEVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****
P 1 PRORATEIA PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
V 1 3ª *****
A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80,11 OF (R\$) 0,32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80,43 DATA DE PAGAMENTO 19/02/19

OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCEIRE

GRAVATA-PE 02/04/19

DATA 02/04/19

DETRAN - PE

SISTEMA DE LICENCIAMENTO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OL POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTE DAS CULMOS - SEGURADORA LÍDER

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
SÃO DPVAT 0800 022 1204

GRAVATA-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/04/19

VIA 1 125.286.524-80 PLACA PD18570

RENOVAÇÃO 1170132983 MARCA / MODELO HONDA / NXR160 BRO3 ESDD

ANO FAB 2014 VALOR 09 INCHASS 9C2KD08103R057245

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$) 80,11 DENTRA (R\$) 4,01 CUSTO CO-SEGUR (R\$) 40,06

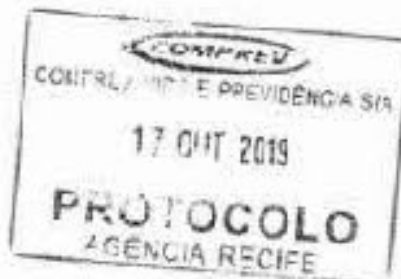
CUSTO CO-SEGUR (R\$) 4,10 RY (R\$) 6,22 CUSTO CO-SEGUR (R\$) 94,39

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 19/02/19

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.288.888/0001-04

DETRAN - PE





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAVS (IL

VITRINA

DATA DO ACORDANTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PERMITSOR DA DOCUMENTAÇÃO

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESSO CON

AVTIME _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ DIA/FIN

GRADE _____ OF _____

E-MAIL _____ TELEPHONE _____

MANAGERIAL AND PUBLIC DOCUMENTATION AND INFORMATION

-DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- [illegible]

06 FEB 1969
SECURITY DIVISION
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAIMS

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAIMS

- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

WOLFGANG DE MEUTENLACH

- [illegible]

[illegible]

POKRYWOKŁA DOKUMENTACJĄ DZIAŁALNOŚCI

DATA _____

CONTINUED

ASTHMA ACTUARIA

RESPONSIVELY FIELD RECEIPTMENT IN SEQUENCED RM

0.0000

MOM

ASTM International



Ao Sr. Analista

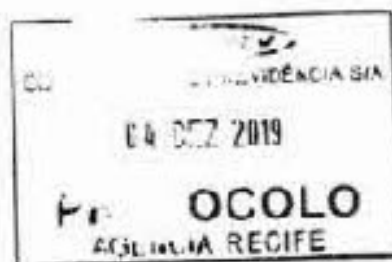
Sinistro: 3190/591502

.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 atestado médico
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 0-800-0121204.
- 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 de entrega: 06/02/2019
Nome: RODRIGO ALVES DE ARAUJO
CPF: 125.386.524-80

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data de cadastramento: 06/02/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.484-98

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
CPF do: 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
DIFT

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 08h 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 6191/74.

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

RODRIGO ALVES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.362.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676372 Cidade: Gravata 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: VÍTIMA LÚCIDA E ORIENTADA NO TEMPO E ESPAÇO, COM MEMÓRIA PRESERVADA, SEM DEFORMIDADE CALOTA
Físico: CRANIANA. QUEIXAS DE CEFALÉIA

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM VERTIGENS E CEFALÉIA POS TRAUMA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem seqüela

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

