
Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190414760

Vítima: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Data do Acidente: 31/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444208

Vítima: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Data do Acidente: 31/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190444208 **Vítima: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES**

Data do Acidente: 31/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444208

Vítima: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Data do Acidente: 31/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000000454-5

Conta: 0000043351-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190444208 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES **Data do acidente:** 31/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO PLEXO BRAQUIAL DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA ATROFIA E PERDA FUNCIONAL GRAVE RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: COMPATÍVEL COM A GRAVE LESÃO SOFRIDA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/08/2019

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA ELETROMIOGRAFIA E R.M.N.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

004.712.983-28

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

004.712.983-28

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

AUTOMOMO

RUA PLINIO CAVALCANTE

316

0

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ALTO DA PENHA

CMATQ

CEARA

63100-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(88) 99456016

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/76, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do SIM contido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Assinatura digital de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

CMATQ - CE 04-07-2017

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190444208
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Marcio Alves de Sales
Endereço do(a) Examinado(a): R Plinio Cavalcante, 316
At da Penha Crato CE CEP: 63104-160
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [DETRAN / CE] 1655946537
Data local do acidente: [31/01/2019]
Data local do exame: [08/08/2019] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

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

LESÃO PLEXO BRAQUIAL DIREITO

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

**Tratamento: LESÃO TRATADA CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA, POSTERIOR ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO E FISIOTERÁPICO[40 SS]
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 30/04/2019**

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA ATROFIA E PERDA FUNCIONAL GRAVE RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL.

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):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Apresenta eletromiografia e R.M.N.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Jorge Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5331



Instituto nº 20191647/12

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 1851 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 11/03/2019 15:47:34
Data / Hora da Ocorrência: 31/01/2019 05:50:00
Endereço da Ocorrência: RUA CORONEL ANTONIO LUIZ, 1028
Complemento: EM FRENTE O HEMOCE
Bairro: PIMENTA Município: CRATO/CE
Ponto de Referência:

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
Nascimento: 24/09/1983 CPF: 004.712.983-28 UF:
RG: 2001034010342 Órgão Emissor: SSP - CE
Filiação: MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES
FRANCISCO ALVES DE SALES
Endereço: RUA RUA PLINIO CAVALCANTE, 316 CASA
Bairro: ALTO DA PENHA
Município: CRATO/CE CEP: 63.100-000
País: BRASIL Telefone: (88) 99267-1244

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMR9609 Uf: CE Município: CRATO Chassi:
9C2KD0550ER350365 Renavam: 1028021698 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: BRANCA Proprietário: MARIA DE FATIMA SALES Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIACÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS, OCASÃO EM UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO SABIDA CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO ENTROU PARA UM ESTACIONAMENTO SEM DA SINAL; QUE VINHA ATRÁS E AINDA TENTOU DESVIA, MAS NÃO CONSEGUIU VINDO A COLIDIR COM O CARRO; QUE EM VIRTUDE DO ACIDENTE TER SIDO PRÓXIMO AO HOSPITAL SÃO CAMILO FOI SOCORRIDO POR FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL EM JUAZEIRO DO NORTE, SUFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; QUE SUA ESPOSA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA E TEVE UM FERIMENTO NA PERNA; QUE A MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DE SUA GENITORA, MAS É O POSSUIDOR DO VEÍCULO; QUE É HABILITADO E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT, E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

05 07 19



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PM - CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE ORAÍDO



Impresso nº 2019164712

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 1851 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Raimon Ramiller Ribeiro Araújo
RAIMON RAMILLER RIBEIRO ARAÚJO - MAT.: 300151-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antônio Marcos Alves de Sales

VISTO DO DELEGADO(A):

DEIGO GALINDO DE GOES - MAT.: 300077-1-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

004.712.983-28

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

004.712.983-28

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

AUTOMOMO

RUA PLINIO CAVALCANTE

316

0

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ALTO DA PENHA

CMATQ

CEARA

63100-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(88) 99456016

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/76, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do SIM contido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Assinatura digital de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CMATQ - CE 04-07-2017

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 082684	Atendimento 0015	Nome do Paciente ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES	CNS 160912703120003	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2001034010342		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 24/09/1983	Local CRATO/CE	Idade 35 Ano(s)		
Pai FRANCISCO ALVES DE SALES		Mãe MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES		
Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316	Bairro ALTO DA PENHA	CEP 63105-000	Município CRATO	UF CE
Profissão AJUDANTE DE PRODUÇÃO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 88166482	
Responsável TAINARA ALVES BARROSO	CPF do Responsável 076.541.133-40	Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316	Município CRATO	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 31/01/2019	Hora 06:06	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO		CRM/UF 14387/CE	Tipo Atendimento SUTURA	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário SAMUEL PEREIRA DE SOUSA		
Observação queda de moto				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%)
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 31/01/2019 06:13
Responsável pela Classificação: RINALDO NICOLAU ALV

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

31/01/2019 06:57:46h Responsável: MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO CRM-CE 14387

hd: corte lacero-contuso em região de torax.

hda: paciente vítima de queda de moto há 30 minutos, apresenta corte lacero-contuso em região de clavícula.

ef: LOTE, AAA, EGB, BORDOS IRREGULARES

CD: RAFIA DA LESAO

Prescrição: 0001 Data: 31/01/2019 Hora: 06:58 Médico: MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO CRM: 14387

Prescrição

Dosagem Via

Frequência Aprazamento

tramal 100 mg + 100ml de sf 0,9% ev

07

Maria Pereira da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 720.965

MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO - CRM: 14387

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: TAINARA ALVES BARROSO

RECEBIDO EM

05.07.19

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00454-5

CONTA: 000000043351-9

Nr. Autenticação

BRABCO1408201905000000000023700454000000043351708750 PAGO



CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA
SOCIIDADE ANUNIMIA DE ÁGUA - SAGUA DO CRATO
RUA TROVADOR J. LIMA, 20 - CENTRO - CRATO - CE - CEP 63100-000
CNPJ 06.908.709/0001-10 FONE (35) 3301-1000 FAX (35) 3301-1001
WWW.SAGUA-DO-CRATO.COM.BR

MARIA DE FATIMA ALVES SALES RUA PLINIO CAVALCANTE, 316, 0 63100000, ALTO DA PENHA CRATO-CE ROTA: 0-1-760				MES/ANO: 05/2019	
PROCESSO: 129-7				NR. GUIA: 1905129	
COD. LEITURISTA: 93				CATEGORIA/OTDE: 1-RES;	
DESCRICAO				VALOR	
Tarifa de Agua				50,72	
CORRECAO MONETARIA MAR/19-				0,38	
MULTA REF. MAR/19-				1,01	
MORA REF. MAR/19-				0,03	
PIS				0,84	
CONFINIS				3,85	
DATA LEITURA ANTERIOR		DATA LEITURA ATUAL		VENCIMENTO	
				19/06/2019	
				R\$ 52,14	
LEITURA ANTERIOR		LEITURA ATUAL		CONSUMO REAL	
----- m3		----- m3		20 m3	
				CONG. FATURADO	
				20 m3	
NR. DO HIDROMETRO		VARIACAO		DIAMETRO	
0		m3			
OCCORRENCIA: 2-IMVEL SEM HIDROMETRO					
DADOS DOS ULTIMOS 6 MESES			MENSAGEM		
MES CONSUMO DIAS MEDIA			COLABORE COM A APAE CRATO, AUTORIZA A INCLUSAO DE DOACAO NA SUA CONTA DE AGUA. FAÇA SUA PARTE, CONTRIBUA PARA A MANUTENCAO, DAS ACES REALIZADAS PELA APAE CRATO.		
DETALHES SOBRE A LEITURA VIDE VERSO			PERIODO DA ANALISE		
			15/05/2019 a 14/06/2019		
PARAMETRO		UNIDADE		VALOR MEDIO	
				TOTAL DE ANALISES REALIZADAS	
CLORO		C		1921	
COR		UH		0	
COLIFORMES T		CT		60	
ESCHERICHIA		EC		60	
FLUOR		MG/L		0	
PH		PH		1921	
TURBIDEZ		ut		0	

RECEBIDO EM
05.07.19

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARIA DE FATIMA SAKES,
RG nº 2017096763-2, data de expedição 24/05/2017
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 812.764.383-53
com domicílio na cidade de CRATO, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PINO CAVALCANTE, nº 326
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ANTONIO MARCIO ALVES DE SAKES, cujo o condutor era
ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
Veículo: MOTOCICLETO Modelo: HONDA NXR150 BROSE Ano: 2014
Placa: PMR9609 Chassi: 9C2KD0550ER350365
Data do Acidente: 31/01/2019

Local e Data: CRATO-CE 04-07-2019

Maria de Fatima Sakes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 NOTAS CAIXA DE NOTAS 02	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade <u>Maria de Fatima Sakes</u> Dou fé em test. da Verdade. 04 JUL. 2019
	<input checked="" type="checkbox"/> Teófilo Antônio Coelho Rodrigues <small>Escritor e Oficial de Registro de Imóveis</small> <input type="checkbox"/> Marcelino Farias de Lavor - Escrivente <input type="checkbox"/> Euclides Borges de Almeida - Escrivente <input type="checkbox"/> Maria Lucivalda de Lima - Escrivente <input type="checkbox"/> Ingrid In - Escrivente

RECEBIDO EM
05 07 19

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARIA DE FATIMA SAKES,
RG nº 2017096763-2, data de expedição 24/05/2017
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 812.764.383-53
com domicílio na cidade de CRATO, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PINO CAVALCANTE, nº 326
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ANTONIO MARCIO ALVES DE SAKES, cujo o condutor era
ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
Veículo: MOTOCICLETO Modelo: HONDA NXR150 BROSE Ano: 2014
Placa: PMR9609 Chassi: 9C2KD0550ER350365
Data do Acidente: 31/01/2019

Local e Data: CRATO-CE 04-07-2019

Maria de Fatima Sakes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 NOTA DE RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 02 12 08 19	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade <u>Maria de Fatima Sakes</u> Dou fé em test. da Verdade. 04 JUL. 2019
	<input checked="" type="checkbox"/> Teófilo Antônio Coelho Rodrigues <small>Escritor e Oficial de Registro de Imóveis</small> <input type="checkbox"/> Marcelino Farias de Lavor - Escrivente <input type="checkbox"/> Euclides Borges de Almeida - Escrivente <input type="checkbox"/> Maria Lucivalda de Lima - Escrivente <input type="checkbox"/> Ingrid In - Escrivente

RECEBIDO EM
05 07 19

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 082684	Atendimento 0015	Nome do Paciente ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES	CNS 160912703120003	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2001034010342		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 24/09/1983	Local CRATO/CE	Idade 35 Ano(s)		
Pai FRANCISCO ALVES DE SALES		Mãe MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES		
Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316		Bairro ALTO DA PENHA	CEP 63105-000	Município CRATO
Profissão AJUDANTE DE PRODUÇÃO	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 88166482
Responsável TAINARA ALVES BARROSO	CPF do Responsável 076 541.133-40	Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316	Município CRATO	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 31/01/2019	Hora 06:06	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO		CRM/UF 14387/CE	Tipo Atendimento SUTURA	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário SAMUEL PEREIRA DE SOUSA		
Observação queda de moto				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%)
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 31/01/2019 06:13
Responsável pela Classificação: RINALDO NICOLAU ALV

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

31/01/2019 06:57:46h Responsável: MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO CRM-CE 14387

hd: corte lacero-contuso em região de torax.

hda: paciente vitima de queda de moto há 30minutoas, apreenta corte lacero-contuso em regioao de clavícula.

ef: LOTE, AAA,EGB, BORDOS IRREGULARES

CD: RAFIA DA LESAO

Prescrição: 0001 Data: 31/01/2019 Hora: 06:58 Médico: MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO CRM: 14387

Prescrição

Dosagem Via

Frequência Aprazamento

tramal 100 mg + 100ml de sf 0,9% ev

07

Marta Pereira da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 720 985

12810030355
unimed

Dr. Moises Ederlânio
Cláudia Teófica Brindes
CRM-CE 14387

MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO - CRM: 14387

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: TAINARA ALVES BARROSO

RECEBIDO EM

05.07.19

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS OU SEDAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
PRONTUARIO: 82664/0015
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO:
RG: 2001034010342
CPF:
MÉDICO RESPONSÁVEL:
LEITO:
DATA DE NASCIMENTO: 24/09/1983
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: TAINARA ALVES BARROSO
GRAU DE PARENTESCO: ESPOSO(A)
DOCUMENTO DO RESPONSÁVEL: 07654113340

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ANESTÉSICO (S) OU SEDAÇÃO

Indicado pelo (a) médico (a) anestesiolologista abaixo mencionado e sua equipe, médico (o) credenciado (s) na Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital e Maternidade São Francisco de Assis.

1. Declaro estar ciente e autorizo a realização do procedimento anestésico ou sedação, necessário para a realização da cirurgia a qual, no momento, me proponho a realizar.
2. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequência e risco dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco a vida.
3. Fui informado (a) de que todos os procedimentos realizados visam a integralidade e preservação da vida e saúde, não estando, no entanto, livre de intercorrências ou efeitos colaterais.
4. Aceito o fato de que o tabagismo, o uso de álcool ou drogas, são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior de complicações no ato anestésico-cirúrgico.
5. Entendo que o (a) médico (a) anestesiolologista e toda a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos anestesiológicos propostos.
6. Concorde em cooperar com os médicos responsáveis pelo tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações.

Assinatura do Paciente ou Responsável

DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA

Expliquei sobre o procedimento anestésico/sedação ao (a) paciente e/ou responsável, seus benefícios e riscos, possibilitando, também, o esclarecimento de perguntas formuladas pelos mesmos. Entendo que o (a) paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ N° CRM _____

Assinatura _____

CRATO, 31 de Janeiro de 2019


Dr. Moisés Ederlano
CRM-CE 14.387

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO:
RG: 2001034010342
CPF:
MÉDICO RESPONSÁVEL:
DATA DE NASCIMENTO: 24/09/1983
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: TAINARA ALVES BARROSO
GRAU DE PARENTESCO: ESPOSO(A)
DOCUMENTO DO RESPONSÁVEL: 07654113340

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DO (S) SEGUINTE (S) PROCEDIMENTO (S) INVASIVOS (S) E/OU CIRURGIA (S):

Indicado pelo (a) médico (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médico (s) credenciado (s) na Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital e Maternidade São Francisco de Assis.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram-me explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia. Incluindo transfusão de sangue e hemoderivados em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento, diagnóstico ou tratamento.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Eu, _____ Cédula de Identidade Nº _____
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital e Maternidade São Francisco de Assis, até a sua residência.

Assinatura: _____

DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o (a) paciente acima referido está sujeito, ao próprio e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o (a) paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura do médico _____ CRM: _____

CRATO, 31 de Janeiro de 2019

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 082664	Atendimento 0015	Nome do Paciente ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES	CNS 160912703120003	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2001034010342			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 24/09/1983	Local CRATO/CE		Idade 35 Ano(s)	
Pai FRANCISCO ALVES DE SALES		Mãe MÁRIA DE FATIMA ALVES DE SALES		
Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316		Bairro ALTO DA PENHA	CEP 63105-000	Município CRATO
Profissão AJUDANTE DE PRODUÇÃO	Empresa	Conjuge		UF CE
Responsável TAINARA ALVES BARROSO	CPF do Responsável 076.541.133-40	Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316		Município CRATO
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 31/01/2019	Hora 06:06	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE ALENCAR ALVES			CRM/UF 2570/CE	Tipo Atendimento SUTURA
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário SAMUEL PEREIRA DE SOUSA	
Observação queda de moto				
Sala	Data/Hora Liberação 31/01/2019 06:38		Tipo de Saída Alta	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%):
				Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 31/01/2019 06:13

Responsável pela Classificação: RINALDO NICOLAU ALV

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

31/01/2019 06:57:46h Responsável: MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO CRM-CE 14387

hd: corte lacero-contuso em região de torax.

hda: paciente vitima de queda de moto há 30minutoas, apreenta corte lacero-contuso em regioao de clavícula.

ef: LOTE , AAA, EGB, BORDOS IRREGULARES

CD: RAFIA DA LESAO

31/01/2019 08:38:06h Responsável: JOSE ALENCAR ALVES CRM-CE 2570

VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO-CARRO, SENDO O MOTOCICLISTA, ESTAVA USANDO CAPACETE) HÁ 3 HORAS, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS OU VÔMITOS. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DIREITO, FERIMENTO NA MÃO DIREITA E REGIÃO TORÁCICA DIREITA ANTERIOR PRÓXIMA A CLAVÍCULA. PERDA DE MOVIMENTO DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO BRAÇO DIREITO. CONSCIENTE, ORIENTADO.

HD: POLITRAUMATISMO- FRATURA DE OMBRO DIREITO? / TRAUMA DE PLEXO BRAQUIAL? / TCE?

CD: SOLICITADO PARECER DO ORTOPEDISTA E DO NEUROLOGISTA+ LIMPEZA+ANESTESIA+SUTURA DO FERIMENTO DO BRAÇO DIREITO

JOSE ALENCAR ALVES - CRM: 2570

Assinatura Paciente/Responsável

Prescrição Médica

Prescrição: 0002

Data de Nascimento: 24/09/1983

Data: 31/01/2019 Hora: 08:38

Convênio: SUS

Tipo de Atendimento: SUTURA

Paciente: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES

Profissional Resp.: JOSE ALENCAR ALVES

Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO

Prontuário: 082864/0015

Sexo: Masculino

CRM: 2570

Data de Atendimento: 31/01/2019

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. SORC GLICOSADO 500ML GOTEJAMENTO: 40 gotas/minuto <i>500 500</i>	2fr	E.V.		<i>08:45</i>
02. BUSCOPAN COMPOSTO 5ML AMP amp 1 AMPOLA EM CADA SUTUTO	1amp	E.V.		<i>08:45</i>

RESPONSÁVEL: JOSE ALENCAR ALVES - CRM-CE 2570

Francisco Bezerra do Nascimento
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 1052473

Período: 31/01/2019 16:54:33 à 31/01/2019 16:57:48

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente	ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES			Prontuário	082664/0015
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
24/09/1983	35 Ano(s)	MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES			
Data de Admissão	Aposento			Quarto/Leito	/
31/01/2019					
Profissional Responsável				CRM	2570
JOSÉ ALENCAR ALVES					
Convênio	SUS	Sector	PRONTO SOCORRO ADULTO	Especialidade	CIRURGICA

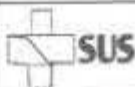
ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 31/01/2019 16:54:33

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTU CONTUSO NA REGIAO CAVICULAR E ESCORIAÇÕES
PELO CORPO FOI REALIZADO SUTURA, MCPM APOS MEDICAÇÃO FOI REAVALIADO APRESENTANDO TONTURA E DORMENCIA EM
MSD. EM SEGUIDA SOLICITADO TRANSFERENCI PARA HSA, PACIENTE FOI ENCAMINHADO EM AMBULANCIA DO MUNICIPIO
ACOMPANHADO DE FAMILIARES, O MESMO REFERINDO MELHORAS DO QUADRO.

RESPONSÁVEL: TE: MARCIAL PEREIRA DA SILVA - COREN-CE 726965

Marcial Pereira da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 726.965



Estado

Ministério
da
SaúdeLAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA
COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

1 - CNS

2 - CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

1 - CNS

2 - CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

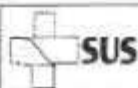
ASSINATURA E CARIMBO

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

Estado
*Luiza*Ministério
da
SaúdeLAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA
COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

100

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

100

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADA

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: Antonio Marcio Alves de Sales

ANAMNESE:

Paciente sofreu acidente motociclistico em 31 de janeiro de 2019. Imediatamente depois observou alteração dos movimentos do braço D. Procurou-nos para esclarecimento terapêutico e diagnóstico.

EXAME NEUROLÓGICO:

Mostra lesão completa do plexo braquial havendo plegia da abdução e paresia da flexão do cotovelo. Restante do exame neurológico normal.

MÉTODO COMPLEMENTAR:

RNM da coluna cervical bem como ENMG confirmam lesão do plexo braquial.

CONCLUSÃO:

Trata-se de paciente com lesão do plexo braquial acometendo principalmente o TS necessitando de intervenção neurocirúrgica. O prognóstico é reservado para os movimentos de abdução e flexão do cotovelo.

CENTRO DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS SÃO CAMILO

DR. FLÁVIO LEITÃO
CRM 732 - NEUROCIRURGIA

DR. FLÁVIO LEITÃO FILHO
CRM 6373 - NEUROCIRURGIA

Fortaleza, 06 de Junho de 2019

Flávio Leitão Filho

Neurocirurgião

CRM: 6373

Dr. Flávio Leitão Filho
Neurocirurgião
CRM 6373 - Fortaleza

INSTITUTO DE FISIOTERAPIA ALENCAR DE BISCUCCIA LTDA.

FISIOTERAPIA
GERAL

AV. J. P. DE MENEZES S/N — INDEPENDÊNCIA
CEP 63119-000 — TELEFONE: (88) 3521-3651
CRATO - CEARÁ

* Cinesioterapia

* Eletroterapia

* Termoterapia

* Mecanoterapia

* Massoterapia

* Crioterapia

* Aerosioterapia

* Hidromassagem


Declara para o devido
para que André Márcio A. de
Sales, portador de uma
lesão do plexo braquial a
D, realizou tratamento fí-
sioterapêutico nesta clínica.

||
RM

FABÍOLA DE BISCUCCIA
CREITO: 2478-F
CPF: 150857213-15


crato 17/06/13

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
AUTOMATICO NACIONAL DE IDENTIFICACAO



CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1655946537



ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

DOC IDENTIFICACAO: 0001094010342 SEP CE

CPF: 004.712.963-28 DATA NASCIMENTO: 24/09/1993

ENDEREÇO: FRANCISCO ALVES DE SALES
MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES

RESIDUAL: [] RCT: [] CEM: []

Nº FICADO: 04567137706 VALIDEZ: 18/09/2023 1ª EMISSÃO: 13/12/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura de Antonio Marcio Alves de Sales

ASSINATURA DO FISCADOR: [] DATA: 21/09/2018

LOCAL: CRATO, CE

Assinatura de [] 18696417891
Assinatura de [] CE167020897

CEARÁ

RECEBIDO EM
05 07 19


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
AUTOMATICO NACIONAL DE IDENTIFICACAO



CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1655946537

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES



DOC IDENTIFICACAO: 0001094010342 SEP CE

CPF: 004.712.963-28 DATA NASCIMENTO: 24/09/1993

ENDEREÇO: FRANCISCO ALVES DE SALES
MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES

RESIDUAL: [] RCT: [] CEM: []


1º ENDEREÇO: 04567137706 VALIDADE: 18/09/2023 2ª VALIDACAO: 13/12/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

Antonio Marcio Alves de Sales

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: CRATO, CE DATA: 21/09/2018



18696417891
CE167020897

CEARÁ

RECEBIDO EM
05.07.19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014058331220
EXERCÍCIO 2017
DATA 01/10/2017
CDD RENOVAR 00000000000

MARIA DE FÁTIMA SALES
CRATO/CE

81776438353
PLACA
PRR9609
9C2KD0550ER350365

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
GASOL/ALCO
HONDA/NXR150 SROS ES
2014 2014
2P/0CV/149CC
PARTIC
BRANCA

1 8 7 7 6 4 3 8 3 5 3
2 0 1 4 2 0 1 4
3 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
5 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
6 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
7 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
8 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
9 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

PREMIO TARIFARIO R\$ 00,00/00,00000
DATA DE PAGAMENTO 22/08/2018

CRATO

22/08/2018

GE Nº 014058331220 BILHETE DE SEGURO DPVAT 2017

81776438353 PRR9609

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

www.seguredorfidat.com.br

014058331220 SAC DPVAT 0800 022 1204 13001796614

2017 22/08/2017

01 81776438353 PRR9609

1028021698 HONDA/NXR150 SROS ES

2014 05 9C2KD0550ER350365

PREMIO TARIFARIO
R\$ 00,00/00,00000

DATA DE PAGAMENTO 22/08/2018

CRATO

22/08/2018

RECEBIDO EM
05 07 19

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250471/19

Vítima: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

CPF: 004.712.983-28

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES : 004.712.983-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
CPF: 004.712.983-28

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO