

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, 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

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, 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



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA ATROFIA E PERDA FUNCIONAL GRAVE RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DO
físico: 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

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

004.712.983-28

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO MANCIO 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:

ANTONIO MANCIO ALVES DE SALES

6 - CPF:

004.712.983-28

7 - Profissão:

AUTÔNOMO RUA PLINIO CAVALCANTE

9 - Número:

316

10 - Complemento:

0

11 - Bairro:

ALTO DA PERNHA

12 - Cidade:

CHAVES

13 - Estado:

CEARÁ

14 - CEP:

63100-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(88) 994560116

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

43351

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a crediar 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a)

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou herdeiro(s) ou parente?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmão(s)?

Sim

Não

32 - Se tinha irmão(s), informar

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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

informações
digitais de
vítima ou
beneficiário
não mencionadas

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CHAVES - CE 04-07-2019

Antônio Mancio Alves de Sales

04-07-2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

05.07.19

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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. Nexo de causalidade: 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

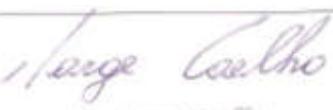
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

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

Apresenta eletromiografia e R.M.N.

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


Dr. Jorge Corrêa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5331



Impresso nº 2019164712

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
Nascimento: 24/09/1983 CPF: 004.712.983-28
RG: 2001034010342 Órgão Emissor: SSP - CE UF:
Filiação: MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES
FRANCISCO ALVES DE SALES
Endereço: RUA RUA PLÍNIO CAVALCANTE, 316 CASA
Bairro: ALTO DA PENHA
Município: CRATO/CE CEP: 63.100-000
País: BRASIL Telefone: (88) 09267-1244

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, DENUNCIAÇÃO 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, OCASIÃO 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 FER SIDO PRÓXIMO AO HOSPITAL SÃO CAMIGO FOI SOCORRIDO POR FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL EM JUAZEIRO DO NORTE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRIAS 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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



Impresso nº 2019164712

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 1851 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Raíron Ramiller Ribeiro Araújo
RAIRON RAMILLER RIBEIRO ARAÚJO - MAT.: 360152-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antônio Marcos Almeida de Souza

VISTO DO DELEGADO(A):

Diogo Galindo de Goes - MAT.: 300027-1-7

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

004.712.983-28

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO MANCIO ALVES DE SALES

5 - Nome completo:

ANTONIO MANCIO ALVES DE SALES

6 - CPF:

004.712.983-28

7 - Profissão:

AUTONOMO RUA PLINIO CAVALCANTE

8 - Endereço:

AV. DA PERNHA

12 - Cidade:

CRATO

9 - Número:

316

10 - Complemento:

0

11 - Bairro:

AV. DA PERNHA

13 - Estado:

CEARÁ

14 - CEP:

63100-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(88) 994560116

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

0454

CONTA:

43351

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a crediar 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a)

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro(s) ou parente?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmão(s)?

Sim

Não

32 - Se tinha irmão(s), informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE 04-07-2019

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		Mae MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES				
Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316		Bairro ALTO DA PENHA	CEP 63105-000	Município CRATO	UF CE	Telefone 88 88186482
Profissão AJUDANTE DE PRODUÇÃO		Empresa	Conjugado			
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	Convenio SUS	Matricula	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		ás	hs.	Tipo de Saída () Alta		() Internação	() Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mm/m)	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 30minutoss, apreenta corte lacero-contuso em regiao 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	

Dr. Moisés Ederlanio Tavares de Araujo CRM: 14387
Assinatura: Dr. Moisés Ederlanio Tavares de Araujo CRM: 14387
Data: 31/01/2019

Dr. Moisés Ederlanio Tavares de Araujo CRM: 14387
Assinatura: Dr. Moisés Ederlanio Tavares de Araujo CRM: 14387

MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO - CRM: 14387

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: TAINARA ALVES BARROSO

RECEBIDO EM

05/01/19

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

BRADESCO14082019050000000002370045400000043351708750 PAGO



CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA
SOCIEDADE MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO- MUNICIPAL
Av. Testemunha, 20 - Centro - Crato-CE - CEP 62303-2044 Fone/Fax: (85) 3212-3800
E-mail: 62303-2044@esgotocrato.ce.br - www.esgotocrato.ce.br
www.saaeccrato.ce.br - www.saaeccrato.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 NR. GUIA 1905129 CATEGORIA/QTDE														
PROCESSO: 129-7	000, LEITURA: 93	1-RES:														
<table><thead><tr><th>DESCRICAÇÃO</th><th>VALOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tarifa de Água</td><td>50,72</td></tr><tr><td>CORREÇÃO MONETÁRIA MAR/19-</td><td>0,38</td></tr><tr><td>MULTA REF. MAR/19-</td><td>1,01</td></tr><tr><td>MORA REF. MAR/19-</td><td>0,03</td></tr><tr><td>PIS</td><td>0,84</td></tr><tr><td>CONFINS</td><td>3,85</td></tr></tbody></table>			DESCRICAÇÃO	VALOR	Tarifa de Água	50,72	CORREÇÃO MONETÁRIA MAR/19-	0,38	MULTA REF. MAR/19-	1,01	MORA REF. MAR/19-	0,03	PIS	0,84	CONFINS	3,85
DESCRICAÇÃO	VALOR															
Tarifa de Água	50,72															
CORREÇÃO MONETÁRIA MAR/19-	0,38															
MULTA REF. MAR/19-	1,01															
MORA REF. MAR/19-	0,03															
PIS	0,84															
CONFINS	3,85															
DATA LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA ATUAL	ENCARTECO														
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL CONSUMO Faturado														
----- m ³	----- m ³	20 m ³ 20 m ³														
NR. DO HIDROMETRO	NR. DO HIDROMETRO	DIADE														
----- m ³	----- m ³	----- m ³														
OCORRÊNCIA: 2-MOVEL SEM HIDROMETRO																
DADOS DOS ÚLTIMOS 6 MESES	MESES	COLABORE COM A APAE CRATO, AUTORIZE A INCLUSÃO DE DOAÇÃO NA SUA CONTA DE ÁGUA. FAÇA SUA PARTE, CONTRIBUA PARA A MANUTENÇÃO DAS AÇÕES REALIZADAS PELA APAE CRATO.														
MES CONSUMO DIAS MÉDIA																
DETALHES SOBRE A LEITURA: VIDE VERSO		PERÍODO DA ANALISE 15/05/2019 à 14/06/2019														
PARÂMETRO	UNIDADE	VALOR	TOTAL DE ÁGUAS SEUS	VALOR MÉDIO												
CLORO	C	1.00 a 5.00	1921	1095,00												
COR	UH	0.00 a 15.00	0	0,00												
COLIFORMES T	CT	0,00 a 0,00	60	0,00												
ESCHERICHIA	EC	0,20 a 0,00	60	0,00												
FLUOR	MG/L	0,00 a 1,50	0	0,00												
PH	PH	6,00 a 9,50	1921	6,80												
TURBIDEZ	nt	0,00 a 5,00	0	0,00												

RECEBIDO EM
05/06/19

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 Fátima Sales,

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 Peimio 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 SALES, cujo o condutor era

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES.

Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA NXR150 Bros Ano: 2014

Placa: PMR9609 Chassi: 9C2KD0550ER350365

Data do Acidente: 31/07/2019

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

Maria de Fátima Sales

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade					
	<u>Maria de Fátima Sales</u>					
Dou fé em testemunha <u>N</u> da Verdade.						
04 JUL. 2019						
<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Teófilo Antônio Coelho Rodrigues</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Marcelino Farias de Lavor - Escrevente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Euclides Borges de Almeida - Escrevente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maria Lucivalda de Lima - Escrevente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ingrid Ingrid - Escrevente</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Teófilo Antônio Coelho Rodrigues	<input type="checkbox"/> Marcelino Farias de Lavor - Escrevente	<input type="checkbox"/> Euclides Borges de Almeida - Escrevente	<input type="checkbox"/> Maria Lucivalda de Lima - Escrevente	<input type="checkbox"/> Ingrid Ingrid - Escrevente
<input type="checkbox"/> Teófilo Antônio Coelho Rodrigues						
<input type="checkbox"/> Marcelino Farias de Lavor - Escrevente						
<input type="checkbox"/> Euclides Borges de Almeida - Escrevente						
<input type="checkbox"/> Maria Lucivalda de Lima - Escrevente						
<input type="checkbox"/> Ingrid Ingrid - Escrevente						

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 Fátima Sales,

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 Peimio 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 SALES, cujo o condutor era

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES.

Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA NXR150 Bros Ano: 2014

Placa: PMR9609 Chassi: 9C2KD0550ER350365

Data do Acidente: 31/07/2019

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

Maria de Fátima Sales

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

 RECONHECIMENTO DE FIRMA N.º 0124830	Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade <u>Maria de Fátima Sales</u> Dou fé em testemunha <u>N</u> da Verdade. <u>04 JUL. 2019</u>
	Teófilo Antônio Coelho Rodrigues <input type="checkbox"/> Marcelino Farias de Lavor - Escrevente <input type="checkbox"/> Euclides Borges de Almeida - Escrevente <input type="checkbox"/> Maria Lucivalda de Lima - Escrevente <input type="checkbox"/> Ingrid Inácia de Lima - Escrevente

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			Mae MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES			
Endereço RUA PLINIO CAVALCANTE, 316		Bairro ALTO DA PENHA	CEP 63105-000	Município CRATO	UF CE	Telefone 88 88166482
Profissão AJUDANTE DE PRODUÇÃO		Empresa	Conjugue			
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		ás _____ hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito			
Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (imper)	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 30minutoss, apreenta corte lacero-contuso em regiao 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

Moisés Pereira da Silva
CRM-CE 14387
COREN-CE 72665

Sp. c/ Rx c/ Torax.
32410030355
Dr. Moisés Ederlanio
CRM-CE 14387

MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAUJO - CRM: 14387

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável TAINARA ALVES BARROSO

RECEBIDO EM

05/01/19

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS OU SEDAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES
PRONTUÁRIO: 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) anestesiologista 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 complementares, apesar dos cuidados, esforços e pericia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestesias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco à 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 que o tabagismo, o uso de álcool ou drogas, são fatores que, embora não impeçam a realização de anestesias, podem determinar a incidência maior de complicações no ato anestésico-cirúrgico.

5. Entendo que o (a) médico (a) anestesiologista 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 proposta.

6. Concordo 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 10342
Data 10/01/2019
Hora 14:30

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.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado à 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 N°. _____, responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima apontado o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital e Maternidade São Francisco de Assis, até a sua residência.

Assinatura: 

 Dr. Ederlano

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 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 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	Conjugue		
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 08:38		Tipo de Saída Alta

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mm)	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 30minutoas, apreenta corte lacero-contuso em regiao 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 VÓMITOS. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO MEMBRO SUPERIOR É 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: 31/1/2019 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. SORO GLICOSADO 500ML GOTEJAMENTO: 40 gotas/minuto 500 500	2fr	E.V.		08:45
02. BUSCOPAN COMPOSTO 5ML AMP amp 1 AMPOLA EM CADA SORUTO	1amp	E.V.		08:45

RESPONSÁVEL: JOSE ALENCAR ALVES - CRM-CE 2570

JOSE ALENCAR ALVES
CRM 2570

JOSE ALENCAR ALVES
CRM 2570



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

Dados Clínicos - Enfermagem

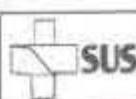
Paciente				Prontuário
ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES				082664/0015
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
24/03/1983	35 Ano(s)	MARIA DE FATIMA ALVES DE SALES		
Data de Aprendimento	Aposento		Quarto/Letra	/
31/01/2019				
Profissional Responsável				
JOSÉ ALENCAR ALVES				
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	PRONTO SOCORRO ADULTO	CIRURGICA		CRM 2570
	ENFERMAGEM			

ANO: AÇÃO DE ENFERMAGEM - 31/01/2019 16:54:33

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA, APRESNTANDO FERIMENTO CORTICO 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: MARCIAL PEREIRA DA SILVA - COREN-CE 726965

Marcial Pereira da Silva
Tec. em Enfermagem
COREN-CE 726965

Estado
de
São
PauloMinistério
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 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. Fem.

8 - RACIAÇÃO

9 - NOME DA MÃE

DOD:

10 - FONE DE CONTATO
N° DO FONE:

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DOD:

12 - FONE DE CONTATO
N° DO FONE:

13 - ENDEREÇO (RUAS, N°, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. ISQF MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

2 - NOME DO PROCEDIMENTO

3 - QTDE

4 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

5 - NOME DO PROCEDIMENTO

6 - QTDE

7 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

8 - NOME DO PROCEDIMENTO

9 - QTDE

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

10 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

11 - CID 10 PRINCIPAL

12 - CID 10 SECUNDÁRIO

13 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

14 - (cada procedimento deve ter uma causa associada)

15 - RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

16 - (cada procedimento deve ter uma causa associada)

17 - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

18 - JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

20 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21 - ASSINATURA E CARIMBO

22 - DOCUMENTO

23 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

24 - N - CE 9.4.2
25 - E
26 - EUROLOG
27 - UROGURGIA

AUTORIZAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

29 - COD. ORGÃO EMISSOR

30 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

31 - DOCUMENTO

32 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO

35 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

36 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

37 - CARA

Estado
CearáMinistério
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 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACA/COR

9 - NOME DA MAE

DOD

10 - FONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DOD

12 - FONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRA)

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

9 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

10 - NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

11 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

12 - NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

13 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

14 - NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

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

15 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

16 - RESUMO DA ANAMSESE E EXAME FÍSICO

17 - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

18 - JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

20 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21 - ASSINATURA E CARMBO

22 - DOCUMENTO

23 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

24 - LUSA
25 - 9.412

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

26 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

27 - COD. ORGÃO EMISSOR

28 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

29 - DOCUMENTO

30 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS () CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARMBO

33 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

34 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

35 - CNES

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: Antonio Marcio Alves de Sales

ANAMNESE:

Paciente sofreu acidente motociclístico 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

CRM 6373
Neurocirurgião
Dr. Flávio Leitão Filho

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

* Aerosolterapia

* Hidromassagem

Declaro para o devidas
finis que Antônio Mônico A. de
Sales, portador de uma
lesão do plexo braquial L¹
D₁, realizou tratamento p/
miofisiopatia nessa clinica.

||

PM

FISIOTER. DE BISCUCCIA
CRÉDITO: 2478-F
CRF: 152057213-15

data 17/06/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE
REGISTRO DE PESSOAS

CARTÃO NACIONAL DE IDENTIDADE

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

CNPJ

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1655946537

DOC. EMISSOR: DRE-MINOR/CE 20010340103412 SEP CM	UF: 004 712.963-26 DATA NACIMENTO: 24/09/1993
NASCER: FRANCISCO ALVES DE SALES MARIA DE FÁTIMA ALVES DE SALES	
RESIDÊNCIA:	RESIDÊNCIA:
DATA NAC.: 04/03/1993	MATRÍCULA: 13/09/2013
SEN. OBSERVAÇÃO:	
<p style="text-align: center;">ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES</p> <p style="text-align: center;">ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">ESTADO: CE DATA NAC.: 21/09/2019</p> <p style="text-align: center;">R. 1000, KM 10, PRAIA MATERIAL: 16686417891 CH: 167020897</p> <p style="text-align: center;">ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">CEARÁ</p>	

RECEBIDO EM:
05 07 19



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO MARCIO ALVES DE SALES

LEVI OLIVEIRA AMANCIO