

**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: **3200279973**

Nome do(a) Examinado(a): **ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Moçambique, 371, , Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 2006012036862**

Data e local do acidente: **28/05/2020 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **11/08/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Fratura de rádio distal esquerdo.**

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento de osteossíntese de fratura e posterior fisioterapia. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no punho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 20°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 30°, supinação aos 40°, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

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

Sim

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

**Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau intenso.**

**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 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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Punho Esquerdo - Intenso - 75%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

  
Dr. Grazi Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e calígrafa do médico

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

---

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200279973**

**Vítima: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

**Data do Acidente: 28/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200279973**

**Vítima: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

**Data do Acidente: 28/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200279973**      **Vítima: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

**Data do Acidente: 28/05/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =      R\$ 2.531,25

**Recebedor: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000001469**

**Conta: 000000092926-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200279973      **Cidade:** Fortaleza  
**Vítima:** ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE      **Data do acidente:** 28/05/2020  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de rádio distal esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 20°, extensão aos 20°, desvio ulnar aos 25°, desvio radial aos 20°, pronação aos 30°, supinação aos 40°, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no punho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura de rádio distal esquerdo, conforme documentos de pronto atendimento de 28/05/2020. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento de osteossíntese de fratura e posterior fisioterapia. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no punho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do punho esquerdo, em grau intenso.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/08/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

05080309350 ARILTON Moreira Albuquerque

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone: 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: 116903 CONTA: 0009290 (informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)  AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (informar o dígito se existir)  CONTA: \_\_\_\_\_ (informar o dígito se existir)

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

## 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer):  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da  
vítima/beneficiário  
devidamente  
verificada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 2016-23.07.2020

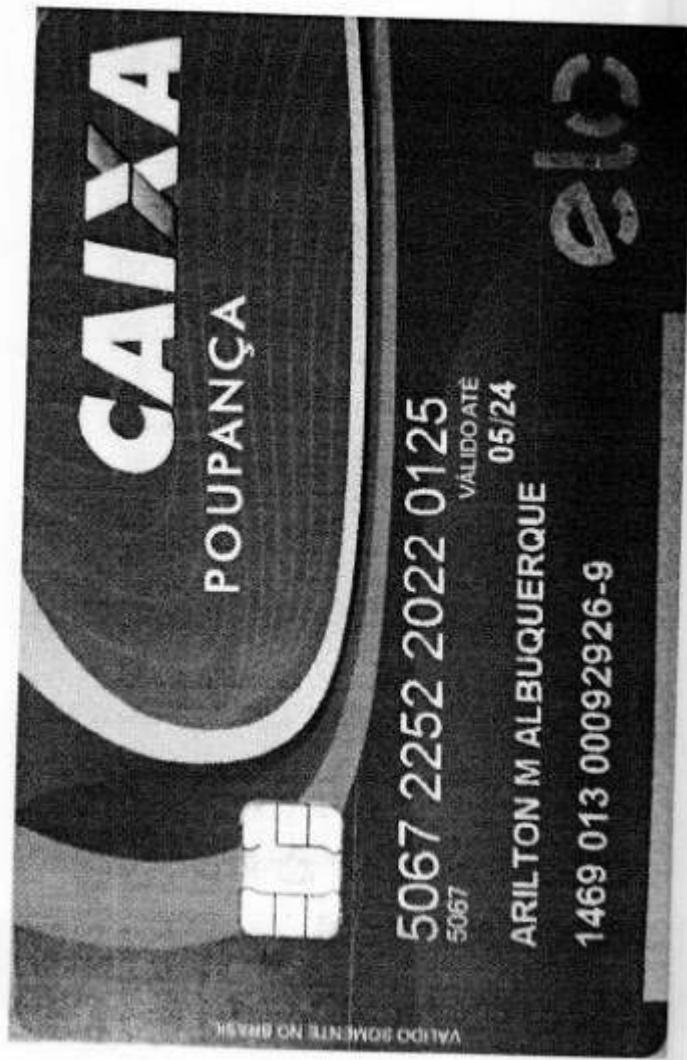
Arilton Moreira Albuquerque

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

050 80309350 ARILTON Moreira Albuquerque

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone: 085-986703819

## 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: 116903 CONTA: 0009290 (informar o dígito se existir)  CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 Nome do BANCO: (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

## 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer):  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informações  
digitais  
eletro  
máquinas  
representantes  
de outras empresas

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: 2015-23-07-2020

Arilton Moreira Albuquerque

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

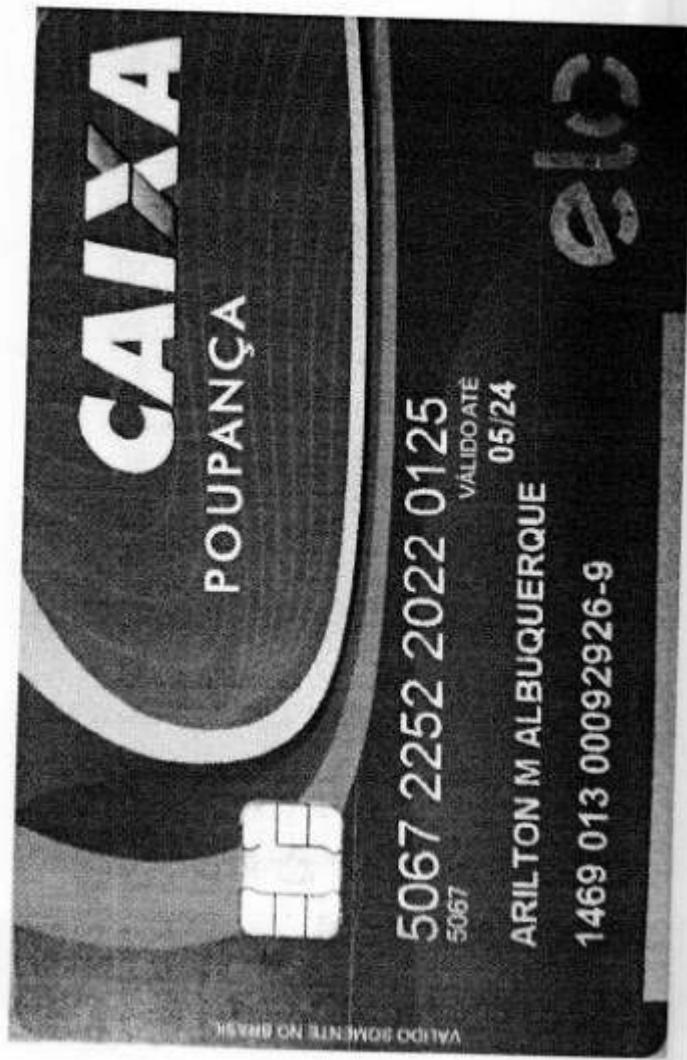
TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1164 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **23/07/2020 10:00:03**  
Data / Hora da Ocorrência: **28/05/2020 19:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV J. CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**  
Nascimento: **22/08/1990** CPF: **050.803.093-50**  
RG: **2006012036862** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **ANA MARIA MOREIRA**  
**AURINO AMARO DE ALBUQUERQUE FILHO**  
Endereço: **RUA MOCAMBIQUE, 371**  
Bairro: **GENIBAU**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** CEP: **CEP:**  
Telefone: **(85) 98843-9456**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **OID8188** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110DR750859** Renavam: **490146287** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE ELIESER DUARTE DE SOUZA JUNIOR**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

O DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, PLACA OID8188, QUANDO, AO TENTAR DESVIAR-SE DE UM BURACO NA VIA, DERRAPOU NA FRENAGEM, VINDO A SOLO, FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO, ENTRE OUTRAS LESÕES; QUE FOI SOCORRIDO POR COLEGAS DE TRABALHO, QUE O LEVARAM PARA O HOSPITAL FROTINHA DO BAIRRO ANTÔNIO BEZERRA. E NÃO MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** *[Signature]*

**MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *[Signature]*

**VISTO DO DELEGADO(A) :** *[Signature]*

**CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1164 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **23/07/2020 10:00:03**  
Data / Hora da Ocorrência: **28/05/2020 19:40:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV J. CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**  
Nascimento: **22/08/1990** CPF: **050.803.093-50**  
RG: **2006012036862** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **ANA MARIA MOREIRA**  
**AURINO AMARO DE ALBUQUERQUE FILHO**  
Endereço: **RUA MOCAMBIQUE, 371**  
Bairro: **GENIBAU**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** CEP: **CEP:**  
Telefone: **(85) 98843-9456**

*Dados do(s) Veículo(s)*

1) Placa: **OID8188** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110DR750859** Renavam: **490146287** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE ELIESER DUARTE DE SOUZA JUNIOR**  
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

*Histórico*

O DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, PLACA OID8188, QUANDO, AO TENTAR DESVIAR-SE DE UM BURACO NA VIA, DERRAPOU NA FRENAGEM, VINDO A SOLO, FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO, ENTRE OUTRAS LESÕES; QUE FOI SOCORRIDO POR COLEGAS DE TRABALHO, QUE O LEVARAM PARA O HOSPITAL FROTINHA DO BAIRRO ANTÔNIO BEZERRA. E NÃO MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** *[Signature]*

**MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *[Signature]*

**VISTO DO DELEGADO(A) :** *[Signature]*

**CLADISTON SOUSA BRAGA - MAT.: 126877-1-0**

# 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

650 80309350 Arilton Moreira Albuquerque

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

5 - Nome completo: Arilton Moreira Albuquerque  
 6 - CPF: 650 80309350  
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Mocambique  
 9 - Número: 373 10 - Complemento: CSD  
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Formosa  
 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60534 010  
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 085-986703819

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1169 013 CONTA: 00092900 09

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (vámoser)?  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

Empresário  
Sócio  
Administrador  
Representante  
Funcionário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: Fortaleza - 23.07.2020

Arilton Moreira Albuquerque

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:			
b5080309350 Arilton Moreira Albuquerque					
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:				
6 - CPF:	7 - Profissão:				
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:			
8 - Endereço:	b5080309350 Rua Mocambique	10 - Complemento:			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:			
14 - CEP:	15 - E-mail:				
14 - CEP:	15 - E-mail:				
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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: 116912 CONTA: 00092900		AGÊNCIA: _____		CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.					

<input checked="" type="checkbox"/> 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE											
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo						
24 - Data do óbito da vítima:											
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vámoser)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 de identificação do beneficiário ou representante	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:	FORAL GD - 23.07.2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Arilton Moreira Albuquerque
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
FPS.001 V002/2019	43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 00000092926-9

---

Nr. da Autenticação 27FFD8CF65FE549B





REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE		DADOS PESSOAIS		Nº DO PROFISSIONAL 255120	Nº CRM 362029
CADASTRO DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05080309350		NASCIMENTO 22/08/1990 (29 ANOS)		SEXO M	TAZADOR NÃO INFORMADO
NOME RESPONSÁVEL O MESMO		ENDERECO RUA MOÇAMBIQUE 371 PARQUE GENIBAU		NOME MAE ANA MARIA MOREIRA	
MONICPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (85)99730-2033			
CPF 60.534-010					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ADOS DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
QUEDA DOR EM MSE, ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, APOS QUEDA DE MOTO		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTRIO ACIDENTE DE TRABALHO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI		SINAIS VITais			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT ÓZ NI%	PULSO	GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIA NEGA				
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SOLVEIG DE LIMA MARCELINO				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 28/05/2020 20:07:16
ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
AGAMMSE					
<p>fractura ponto E ( 0301060100 )</p>					
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		OO	
SADIS SORCITADO: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X				( ) OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<p>rx ponto E an/p</p>					
ALTA/SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS		TIPO DE ALTA/SAÍDA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					

Impresso por Solveig de Lima MARCELINO em 28/05/2020 às 20:07:18

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

## DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE  
ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUECPF  
706807746025427

DOCUMENTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2006012036862

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

NI

CIDADE  
FORTALEZACEP  
60.534-010NASCIMENTO  
22/08/1990 (29  
ANOS)PROFISSÃO  
410552  
316434SEXO  
M  
PARDONOME MÃE  
ANA MARIA MOREIRAENDERECO  
RUA MOÇAMBIQUE 371 PARQUE GENIBAU  
CEP  
(85) 98962-7250

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRANSFERIDO DO FROTINHA DO ANT. BEZERRA. RELATA QUE SOFREU  
ACIDENTE DE MOTO, ESTAVA NA MOTO E CAIU EM UM BURACO, COM TRAUMA EM MSE.NOTA  
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

NI KG

N:

COR  
VERDEPRESENÇA MATERIAL  
NI/NI  
ALÉRGICO  
NEGARESPONSAVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
ANA GESSELENA DA SILVA FARIAS

SINAIS VITIAIS

SINTO

NI%

ESTADO DE  
99 (ADULTO)

NI

NI

09/06/2020  
15:40:52

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Perdeu con pressão e reagiu de forma  
fechou os olhos. respondeu à Fala  
int. Bezerra. D. Inter

ODO PROBLEMA

() OUTROS

() HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIOS X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APARELHAMENTO

OBSERVAÇÕES

1000 mg de Dexametasona  
1000 mg de Paracetamol

Respiração  
Normal  
Aparelho  
funcionando  
Normalmente

TIPO DE ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

OBRIGADO E AUTORIZADO MÉDICO ESPECÍFICO

Assinado por ana gesselena da silva farias em 09/06/2020 as 15:40:54  
estão serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código  
Penal

arilton moreira albuquerque



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTº BEZERRA

NOME: ARLINTON MOREIRA ALBUQUERQUE

MEDICO: DR. CYDNEI SANTOS

NÚMERO: 18

DATA: 09/06/2020

ERITROGRAMA

			VALORES NORMAIS
HEMACIAS	5.530.000		Homem: 4.5 a 6.5 milhoes/mm <sup>3</sup> Mulher: 4.0 a 6.0 milhoes/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	13.6 g/dL		Homem: 13.5 - 18 g/dL Mulher: 11.5 - 16.0 g/dL
HEMATOCRITO	43.7%		Homem: 40 A 50 Mulher: 36 A 47
V JME CORPUSCULAR MEDIO	79.0		80 A 97 fL
HB CORPUSCULAR MEDIA	24.6		de 27 a 32 pg
CONC HB CORPUSCULAR MEDIA	34.3		de 32 - 36 g/dL
MICROCITOSE (+)			

ESPECIFICAÇÃO

%

VALORES NORMAIS

/mm<sup>3</sup>

LEUCÓCITOS		6.910		4.000 - 10.000
NEUTRÓFILOS	66%	4.561	40 - 75	1.600 - 7.500
MIELÓCITOS		0		
METAMIELÓCITOS		0		0 - 100
BASTÕES		0	0 - 5	0 - 500
SEGMENTADOS	66%	4.561	40 - 70	1.600 - 7.000
EOSINOFILOS	2%	138	1 - 6	40 - 600
BASÓFILOS			0 - 1	0 - 100
LINFÓCITOS	25%	1.728	20 - 50	800 - 5.000
MONOCITOS	7%	484	3 - 8	120 - 800
ADULTO		08 A 12 ANOS		4 - 7 ANOS
4000-10000		4500 - 13000		6000 - 15000

VALORES REFERENCIAS PARA PLAQUETAS 150.000 A 450.000/mm<sup>3</sup>

PLAQUETAS 224.000 /MM<sup>3</sup>

NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS

PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

Arlyon Michel Pereira de Andrade  
Farmacêutico - Enquadrado  
CRF - 7018

ANALISTA



## FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA

## FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA

### RESULTADO DE EXAMES

NOME: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: 09/06/2020

MEDICO: DR. CYDNEI SANTOS NUMERO: 18

T. DE SANGRAMENTO: \_\_\_\_\_ MINUTOS \_\_\_\_\_ SEG.: \_\_\_\_\_

CONTAGEM DE PLAQUETAS:

TEMPO DE PROTOMBINA 11.9 SEG 100% INR 1.00  
TEMPO CONTROLE: 11.9 SEG

TEMPO DE TROMBOPLASTINA 26.5 SEG RATIO 1.06  
TEMPO CONTROLE: 25 SEG

*Arilton Bezerra Bezerra*  
Farmacêutico - Bióquímico  
CRF-7018

2

## FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Caution Mariana Albuquerque

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA

EVOLUÇÃO

Caute vitas se card.  
Se muito com febre  
Se recto infel hó 13 hor  
Tumulos de Ant' Berme  
D: Inteno pluviae

Dr. Mário  
Fopedac  
Medicina  
Terapia  
CR. Mário  
Vitamina  
L.  
10/10/02

21 Enfermeira

D: A. M. A. 24y, masculino, III: Frotava, ate 30 dias quando, se admittido no. Enfermeira: Dr. Mário, previsivelmente, frotava frotava de Antonio Bezerra - jaseu consciente, orientado, verbalizado, eupreico em ou, bre, modicamente, mente, estavel, creste clitor por v. v, exambulos leigos, comorbilidades: a nega, alergia: medicamentosa: si, que se submette sua evolução peste 3, h. 10h.

Francisca Antonia Monteiro da Silva  
CORENSE

## FOLHA DE EVOLUÇÃO

**NOME DO PACIENTE:**

PRONTUARIO

ENFERMARIA / EITO

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

**ANOTEM-SE:** Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORALDEZ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOMÍLIO-Festinha de Parangutá

# PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO**

**ATENÇÃO:** Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NAME: Christopher Morrissey GRADE: 10

NAME: Amber Monroe, Jr. ID# 100000000000000000

IDADE: 65  
ENF.: LEITO:  
L-105

Nº. PRONTUÁRIO

۲۲

# PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

**ATENÇÃO:** Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

QUESTION	ANSWER	REASONING
11:		
16:		
29:		
36:		

SINAIS VITais
MURÁRIO:
P.A.:
TEMP.ºC:
P / MIN.:
M.V / MIN.:

NAME: John H. Miller

DE:  
200

Nº. PRONTUÁRIO:

**DATA** **PRESCRIÇÃO MÉDICA/ASSINATURA**

**HORÁRIO DE APLICAÇÃO**

## RUBRICA

244

IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS  
DIPIRONA 01 AMP+18 CC SE EV 6/6 HS SM

111

CEFALOTINA  
SINAIS VITais

24

## FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:		Aultra Moreira Albuquerque						PRONTUÁRIO	410552	ENFER./LEITO:	105	
DATA DA CIRURGIA:	13/06/2020	PRESSÃO ARTERIAL:		RESPIRAÇÃO:		SATURAÇÃO:		PULSO:		PESO:		
TIPO SANGUÍNEO:		HEMOCRITAS:		HEMATOCRITO:		HEMOGLOBINA:		GLICEMIA:		UREIA:		
APARELHO URINÁRIO:						DIURESE:						
APARELHO RESPIRATÓRIO:			ASMA			BRONQUITE:						
APARELHO CIRCULATÓRIO:						ELETROCARDIOGRAMA:						
APARELHO DIGESTIVO						DENTES			PESCOÇO:			
ESTADO MENTAL:	lucido	ATARÁXICO	ALERGIAS	CORTICOIDES			HIPOTENSORES					
DIAGNÓSTICO PRE OPERATÓRIO:	Fract - antebraço			ESTADO FÍSICO:			ASA I			RISCO:		
ANESTESIAS ANTERIORES:				TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:								
HORA DE PRE ANESTÉSICA:	0840	ADMINISTRADA AS:	0900	EFEITO:								
<p>ANESTESIA SATISFEITA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NÃO, POR QUÉ?</p> <p>REFLEXOS NA S.O.: <input checked="" type="checkbox"/> OBSTR.: <input type="checkbox"/> CO2: <input type="checkbox"/> EXCIT.: <input type="checkbox"/> NAUSEA: <input type="checkbox"/> VÔMITOS: <input type="checkbox"/> OUTROS: <input type="checkbox"/></p> <p>COM CÂNULA PARA O LEITO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CONDIÇÕES: <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>												
<p>INDUÇÃO</p> <p>SATIF.: EXCIT.: LENTA: TOSSE: NAUSEA: VÔMITOS: LARINGO ESPASMO: OUTROS: <input type="checkbox"/></p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>① Morat. ② Bloq. plexo braquial cloridr 1,5% cloridr 400 + cloridr 150µg ③ Ropivacaia 2g IV ④ Dipreca 2g IV ⑤ Cetopufeno 10mg IV</p>												
<p>AGENTES:</p> <p>Lidocaina cl adrenalin + cloridr</p> <p>TECNICA:</p> <p>Bloqueio de plexo braquial</p> <p>CIRURGIA:</p> <p>Fract - anteb <sup>distal</sup> osteotomia</p> <p>ANESTESISTAS:</p> <p>François <sup>anest</sup> <sup>anest</sup> ORN 603</p> <p>CIRURGIOS:</p> <p>A. Eusébio + M. Roberto Mendes</p> <p>OBSERVAÇÕES:</p>												
						PERDA SANGUÍNEA:						

Paciente: ANILTON MONTEIRO ALBUQUERQUE  
 Data da Operação: 13/06/2020 Enfermaria: Leito: 105/291

Operador: <u>Eusebio</u> <u>Antônio Eusébio T. Raci</u>	1º Auxiliar: <u>Robertinho</u>	Dr. Roberto Mendes Rodrigues
2º Auxiliar: <u>Ortopedia - CRM 4774</u>	3º Auxiliar:	Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
Instrumentador:	Anestesista: <u>JUMUZ</u>	

Tipo de Anestesia: TMN  
 Diagnóstico Pré-operatório: TMN Anosmico

Tipo de Operação: TMN  
 Diagnóstico Pós-operatório: TMN

Relatório Imediata Patologista: + 30720045 0 C  
Osteotomia

Exame Radiológico no ato: 30720133 7 C

Acidente durante a operação:

Cirurgia:  Contaminada  Infectada

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- Incisão de CUBITO Dorsal
- Ante-síntese + Ante-síntese + Cintos
- Taxa de Sintese
- VIA DE ACESSO DORSAL PIANO
- Dissecção por piano
- Osteotomia do radio distal
- Aleitado Foco de Fratura e fixado com  
Fio Sutural
- Cauda de SF
- Sutura + clínico + TAN CUSCO

Antônio Eusébio T. Raci  
Ortopedia - CRM 4774

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600



DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscemas

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CIRURGÃO - CRM

## GASTO ANESTÉSICO

MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.	MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.
ADRENALINA	AMPOLA		ETOMIDATO	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		FENTANIL	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		FUROSEMIDA	AMPOLA	
AMPICILINA 1g	AMPOLA		GENTAMICINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	FRASCO-AMPOLA		HEPARINA	AMPOLA	
ATROPINA 0,25mg	AMPOLA		HIDROCORTISONA 100mg	FRASCO-AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA		HIDROCORTISONA 500mg	FRASCO-AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA		IPSILON	AMPOLA	
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA		ISOFLURANO	ML	
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA		ISORDIL	COMPRIMIDO	
BROMOPRIDA 10mg	AMPOLA		LIDOCAYNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFALOTINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAYNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFAZOLINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAYNA GEL	BISNAGA	
CEFTRIAXONA 1g	FRASCO-AMPOLA		MEPERIDINA 100mg	AMPOLA	
CETOPROFENO 100mg	FRASCO-AMPOLA		METOCLOPRAMIDA	AMPOLA	
CETAMINA	ML		METRONIDAZOL 500mg	FRASCO	
CISATRACURIO	AMPOLA		MIDAZOLAN 5mg	AMPOLA	
CLINDAMICINA	AMPOLA		MIDAZOLAN 15mg	AMPOLA	
CLORETO DE POTASSIO 10%	AMPOLA		NALOXONA	AMPOLA	
DEXAMETASONA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
DESFLANOSIDEO	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
DIAZEPAM 10mg	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
DIPIRONA	AMPOLA		RANITINA	FRASCO	
DIPIRONA+ESCOPALAMINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
DOBUTAMINA	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO-AMPOLA	
DOPAMINA	AMPOLA		TIOPENTAL	FRASCO-AMPOLA	
ETILEFRINA 10mg	AMPOLA				
<b>SOROS</b>					
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100 ml	FRASCO	QUANTI.	HEMODERIVADOS	UNIDADE	QUANTI.
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ml	FRASCO		PLASMA	BOLSAS	
SORO GLICOSADO 5% 500 ml	FRASCO		SANGUE TOTAL	BOLSAS	
SORO RINGER LACTATO 500 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	BOLSAS	
SOLUÇÃO DE MANITOL 250 ml	FRASCO		ALBUMINA	FRASCO-AMPOLA	
FRUTOSE 500 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE PLAQUETAS	UNIDADE	
<b>MATERIAIS DESCARTÁVEIS</b>					
CATETER VENOSO	UNIDADE	QUANTI.			
EXTENSOR	UNIDADE				
EQUIPO DE SORO	UNIDADE				
SONDA DE ASPIRAÇÃO	UNIDADE				
SONDA NASO-GASTRICA	UNIDADE				
TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE				
ABOCATH	UNIDADE				
AGULHA PERIDURAL	UNIDADE				
AGULHA PARA RAQUI	UNIDADE				

*Acavalante*  
Anestesista CRM  
Número 528



DATA	EVOLUÇÃO
09/06/20 18/15	# Encunhament paciente proveniente da emergência, admitido neta unidade para internação evolufão: Psicótico, consciente, orientado, verbalizando expressões com o ambiente. Sua rotina iluminada, procedeu pressões presentes. Nao DM + HAS + alguma sem queixa no período. Segue aos cuidados de enfermagem.

Danielle P. da Silva Melo  
COREN-CE 52.562  
Enfermeira

10/  
6

pacote aperto

~~Dr. Roberto  
Cirurgião  
Ortopedista  
CRM-CE~~

10/06/20 Paciente F-M A, 20 anos, masculino NO F1 (não) - Acidente com cintos, orientado, em DA. Acidente nem certo. Eliminações psicologicas presentes sem queixa. NO período seguido ob cuidados da equipe.

~~Dr. Roberto  
Cirurgião  
Ortopedista  
CRM-CE~~

11/06 # fratura radial  
Mai Abd. ADM Unimed

~~Dr. Roberto  
Cirurgião  
Ortopedista  
CRM-CE~~

11/06/20 Paciente C. M. A., 29 anos, masculino NO fratura de rádio esquerdo. Psicótico, consciente, orientado, desorientado, verbaliza, expressa em 27 ambientes. Nega DM, comorbidades. Cautela dada por NO. Eliminações fisiológicas presentes. Segue aos cuidados de enfermagem.

~~Nayra Souza Arantes  
Enfermeira  
COREN-CE 54.319~~

12

pacote aperto

~~Dr. Roberto  
Cirurgião  
Ortopedista  
CRM-CE~~

~~Antonio E. C.  
CRM-CE  
Traumatologista~~

10/06

13/06 A. P. no S. O. P. 5

~~Antonio E. C.  
CRM-CE  
Traumatologista~~

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## OBSERVAÇÃO

## CONDUTA:

1-ALTA:  DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  A REVELIA  TRANSFERÊNCIA  
 REMOVIDO PARA: \_\_\_\_\_

GUIA Nº \_\_\_\_\_

2-OBSERVAÇÃO: (ATE 24 h)  DATA E HORA DA ALTA: / / HORA: \_\_\_\_\_

DATA E HORA DA ALTA: / / HORA: \_\_\_\_\_

3-INTERRAÇÃO  Nº PROFISSIONAL:

DATA E HORA DA INTERRAÇÃO: / / HORA: \_\_\_\_\_

ANEXO CARREIRA MÉDICO

4-PARA ÓBITO  
 ANTES DO 1º SOCORRO  NÃO  SIM DATA ÓBITO: / / HORA ÓBITO: \_\_\_\_\_

DESTINO DO CORPO: 1  ENTREGUE A FAMÍLIA 2  I.M.L. 3  AUTÓPSIA PATOLÓGICA 4  EVD

ANEXO CARREIRA MÉDICO RESPONSÁVEL

ANEXO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ANEXO MÉDICO E CARMIM

*Alvarenga*  
 ALVARENGA  
 MEDICO CONCESSIONARIO  
 (SUSCRITO 2004)





JAIME ARARIPE

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Araripe - Fazenda da Cava  
do Distrito de Araripe - Fazenda Júnior - Araripe - Belo Jardim - Pernambuco - Brasil  
Av. Antônio José da Cunha, 100 - CEP 56360-000 - Fazenda Júnior - Ceará - 62130-381 - [www.araripe.com.br](http://www.araripe.com.br)

02/08/2012

03

AUTENTICAÇÃO

N.º 491106

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CUADES

DETTRAN - DE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NR. 01 490146287 COD. HABITACAO

DETTRAN

Nº 014928727980

CATEGORIA

VEÍCULO

JOSE ELIESSER DUARTE DE SOUZA JUNIOR

PRESTADOR DE SERVIÇOS

00832764329

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

014928727980

DETTRAN

Richard A. Do

DADOS DO CLIENTE

JOSE ELIESER QUARTE DE SOUZA JUNIOR  
RUA MARTINS DE CARVALHO, 3312, BRANCA LT5800  
FORTALEZA - CEP: 60340-104

Codificação: 001.089.0078.0148.0000.00.00  
Padrão do imóvel: MÉDIO

Residencial	012	Comercial	000	Industriais	000	Publico	000
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAS							
Serviço							
ÁGUA	ABEF435561		2415	2504	89	58	
OUTROS							

Leitura atual: 17/06/2020

Leitura anterior: 18/05/2020

Emissão: 17/06/2020

Lacre agua: 514166

Próxima leitura: 17/07/2020

04/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DA TURBIDEZ REFERENCIAL

No. de amostras	Claro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analysadas	264	264	264	263	263
Em conformidade	263	257	238	255	263

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME

Máximo | Média | Mínimo

Depósito (R\$)

Emissor: Tendatop | Matr.: 358318073334744 | Leit.: 8185 Beto

ÁGUA

CARTÃO JAIME ARARIPE

Registro Geral das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará  
Rit. Jureia de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Edvaldo Augusto de Melo Araripe - Substituto  
do Titular, nro. 4965 - CEP 60350-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3275-3301 - jaimeararipe@gmail.com

031093421491277 | AUTENTICACAO - Certifíco que esta fotocópia é reprodução  
falsa de original que se foi representado.  
Fortaleza, 22 de Julho de 2020. 09:54:13. Em testemunho da verdade,  
SUNIA MARIA ARARIPE ARARIPE (Assinante) Valor Total R\$ 2,00.  
Válido somente com o selo de autenticidade FANC: Thiago

06/2020 | 06/2020 | 11 | 0 | 493

## TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Divulgação: Mês (R\$) | SUBSÍDIO

Descrição | VALOR (R\$)

PIS	4,74	VALOR DO SERVIÇO	503,56
COFINS	23,61	VALOR DO SUBSÍDIO	9,60
MESMO		VALOR TOTAL A PAGAR	493,96

VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$)

06/2020 | 06/07/2020 | 493,96  
É obrigatório usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

## INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 102 m<sup>3</sup> | META: 120 m<sup>3</sup>.  
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada é saúde.  
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

## AVISOS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209539/20

**Vítima:** ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

**CPF:** 050.803.093-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/05/2020

**Titular do CPF:** ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE : 050.803.093-50**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/07/2020  
Nome: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE  
CPF: 050.803.093-50

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

---

ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

---

ANDERSON DE SOUZA LEITE



Seguradora

LIDER

## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais encaminhamentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 05.08.2010  
00/00/0000

Nome do beneficiário: Muitos moneira Albuquerque

CPF do beneficiário: 050 303 093-50

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 000

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (55 19) 8670-3819 Tel. Comercial: (55 19) 3439-4566 Tel. Residencial: (55 19) 8670-3819

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

 DISCÓRDIA DA NEGATIVA DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

 NÃO SIM, informe qual(s) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo de IMI
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESEJAR)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A franseguadora Lider eu Muitos moneira Albuquerque, portador do n° 0006012036862 e inscrito no CPF n° 050 303 093-50, estou encaminhando um novo laudo médico, com a definição da minha sequelas, que eu fiquei prejudicado. Fui aguardando a manutenção do perito médico, muito grato.

Assinatura: 05/08/2010

Local e Data

*Muitos moneira Albuquerque*  
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deve escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido faça seu rogo.

Richard A. -





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219724/20

**Vítima:** ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

**CPF:** 050.803.093-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/05/2020

**Titular do CPF:** ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE : 050.803.093-50**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/08/2020  
Nome: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE  
CPF: 050.803.093-50

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

---

ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209539/20

**Vítima:** ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

**CPF:** 050.803.093-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/05/2020

**Titular do CPF:** ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE : 050.803.093-50**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/07/2020  
Nome: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE  
CPF: 050.803.093-50

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020  
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE  
CPF: 035.841.423-77

ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

ANDERSON DE SOUZA LEITE