

**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. Nexos 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. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

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



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200279973 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 28/05/2020 **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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: 05080309350 3 - CPF da vítima: 05080309350 4 - Nome completo da vítima: ARLTON 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: ARLTON MOREIRA ALBUQUERQUE 6 - CPF: 05080309350
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MOÇAMBIQUE 9 - Número: 373 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GEMILAU 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60534010
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 085-986703819

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 156903 CONTA: 00092909

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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 (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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: FORTALEZA - 23.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



5067 2252 2022 0125

5067

VALIDO ATÉ

05/24

ARILTON M ALBUQUERQUE

1469 013 00092926-9

elo

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

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: 05080309350 3 - CPF da vítima: 05080309350 4 - Nome completo da vítima: ARLTON 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: ARLTON MOREIRA ALBUQUERQUE 6 - CPF: 05080309350
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MOÇAMBIQUE 9 - Número: 373 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GEMILAU 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60534010
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 085-986703819

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 16903 CONTA: 00092909

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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 (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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - 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 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: FORTALEZA - 23.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ARLTON MOREIRA ALBUQUERQUE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



5067 2252 2022 0125

5067

VALIDO ATÉ

05/24

ARILTON M ALBUQUERQUE

1469 013 00092926-9

elo

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020438389



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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) Vitima(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** CEP:
País: **BRASIL** 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 :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020438389



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** CEP:
País: **BRASIL** 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 :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Arilton Moreira Albuquerque

VISTO DO DELEGADO(A) :

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: 050 80309350 3 - CPF da vítima: 050 80309350 4 - Nome completo da vítima: ARILTON MORAES 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 MORAES ALBUQUERQUE 6 - CPF: 050 80309350
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MOÇAMBIQUE 9 - Número: 373 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GENIBAU 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60534010
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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1169 AG CONTA: 0009290 AGÊNCIA: AG CONTA: AG
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa: 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - 23.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ARILTON MORAES ALBUQUERQUE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 050 80309350 3 - CPF da vítima: 050 80309350 4 - Nome completo da vítima: ARILTON MORAES 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 MORAES ALBUQUERQUE 6 - CPF: 050 80309350
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MOÇAMBIQUE 9 - Número: 373 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GENIBAU 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60534010
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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1169 AG CONTA: 0009290 AG
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa: _____
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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FORTALEZA - 23.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ARILTON MORAES ALBUQUERQUE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 000000092926-9

Nr. da Autenticação 27FFD8CF65FE549B

Nº do Cliente:

1370162

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

enei

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Vitoriano, 100

CEP 60.39.040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.285/0001-70 | CUF 08.105.849-3

Para auxiliar seu atendimento, utilize o máximo
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 068978400

Rota FORTALEZA 300400

Referência 06/2020

Nome ANA MARIA HUREIRA

Endereço RUI NOGUEIRA, 00371, PARQUE GENIBAU, 60534-010,

FORTALEZA

Classificação 80 - 3d - Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 - RESIDENCIAL

Ligação Beneficiária

Emissão 22/06/2020

Medidor 1533690-099-03

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 21-05-2020 Atual 22-06-2020 Próxima prevista 22-07-2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11	22-06-2020	21-05-2020	1,00	1,00	0,00	1,00	0,0000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - 1101 PIS PRET - 1101C	-	11,56
PIS - COMPL - 1101C	-	1,28
COFINS - COMPL - 1101C	-	5,84
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-129,39
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	129,39
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-	-41,73
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 250 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 001 KWH ATÉ 100 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 101 KWH ATÉ 173 KWH	-	0,00
COB - CARTÃO DE TODOS - 0800.233.8916	-	23,10

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	27,00	0,00
PIS	129,39	0,99	1,28
COFINS	129,39	4,52	5,84

VENCIMENTO 29 / 2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 708.952.953-34

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compare suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emissão kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consolidação Ecológica (%CO₂)

0,00 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde: 22/05 - 22/06

Conforme MP Federal 958/20, essa conta teve
desconto de 100% na parcela de consumo até
220kwh.

CÓDIGO HORA/VALOR

VALOR VALOR (R\$)

04 0000 35,15

Total: R\$ 35,15

Nº do Cliente: 1370162

Data de Emissão: 22/06/2020

Nº da Nota Fiscal: 068978400

Referência: 06/2020

Total a Pagar (R\$): 0,00

Nº de Controle: 80001178563

V: [1.0.0.13]

CNPJ: 07.047.285/0001-70

CNPJ: 07.047.285/0001-70

PARA CONFIRMAÇÃO: Esta fatura por ter valor inferior ao
mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este
valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer
taxa adicional ou desconto.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SU:

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE		DADOS PESSOAIS	
CADRUZ		Nº DO PRONTUÁRIO 255120	Nº OCORRÊNCIA 362029
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05080309350		NASCIMENTO 22/08/1990(29 ANOS)	SEXO M
NOME RESPONSÁVEL O MESMO		NOME MAR ANA MARIA MOREIRA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	ENDEREÇO RUA MOÇAMBIQUE 371 PARQUE GENIBAÚ	
CEP 60.534-010		CONTATO (85)99730-2033	

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA
DOR EM MSE, ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, APOS QUEDA DE MOTO

SINTOMAS
NI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ACIDENTE DE TRABALHO

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

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

DIAGNÓSTICO

COO, PROCEDIMENTO

COO

SADT SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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 EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE		DADOS PESSOAIS	
CPF 706807746025427	Nº DO PRESTADOR 410552	Nº DO REGISTRO 316434	
DOCUMENTOS CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2006012036862; CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05080309350	NASCIMENTO 22/08/1990(29 ANOS)	SEXO M	RAÇA PARDO
NOME DO RESPONSÁVEL NI	NOME DO RESPONSÁVEL ANA MARIA MOREIRA		
CIDADE FORTALEZA	UF CE	ENDEREÇO RUA MOÇAMBIQUE 371 PARQUE GENISAU	
CEP 60.534-010		CONTATO (85) 98962-7250	

HISTÓRIA DE Ocorrências TRANSPORTADAS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
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	
Nº NI		ESCALA DE RISCO 99 (ADULTO)	
Nº KG NI KG		SINAIS VITAIS	
Nº Nº		Pressão Arterial NI/NI	Saturação NI%
Nº VERDE		ALERGIAS NEGA	Outro NI
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ANA GESSELENA DA SILVA FARIAS		Data e Hora 09/06/2020 15:40:52	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			

ATENDIMENTO MÉDICO	
<p><i>Paciente com fratura do membro superior direito fechado, irreversível do frotinha Antº Bezerra D. Infante</i></p>	
<p>() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO X () OUTROS</p>	

MEDICAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
	<p><i>Prescrição Médica: 13984</i></p>	<p><i>Assinatura: Ana Gesselen da Silva Farias</i></p>	

TIPO DE ALTA/SAÍDA	
<p>() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS</p>	
<p>DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL</p>	

Assinado por Ana Gesselen da Silva Farias em 09/06/2020 às 15:40:54
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



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PRONTO-SOLAR HOSPITAL DE FORTALEZA - HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
PROTEÇÃO DE FORTALEZA
AV. Celso de Figueiredo, 1127 - Pôrto de Pedra - CEP 64.206-000
Fortaleza - Ceará
Telefone (85) 3331-3331

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SUS - PRF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Amilton Moreira Albuquerque

ENDEREÇO DO PACIENTE

Rua Moncaique 371

Bairro

Parque Genibau

MUNICÍPIO

Fortaleza

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

22/08/1990

SEXO

1. ☐ MASC 3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

Ana Maria Moreira

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

/ /

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura com deslocamento do
radio ulnar E. fechada
Interno p/ curativo

INDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Exame clínico + RX

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do radio ulnar E.

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CRM - MÉDICO SOLICITANTE
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE
DATA
HORA

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTº BEZERRA

NOME: **ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE**

MEDICO: **DR. CYDNEI SANTOS**

NÚMERO: **18**

DATA: **09/06/2020**

ERITROGRAMA

		VALORES NORMAIS
HEMACIAS	5.530.000	Homem : 4.5 a 6.5milhoes/mm3 Mulher: 4.0 a 6.0milhoes/mm3
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 97fl
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 ³
LEUCÓCITOS		6.910		4.000 - 10.000
NEUTRÓFILOS	66%	4.561	40 - 75	1.600 - 7.500
MIELÓCITOS		0		0 - 100
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

PLAQUETAS **224.000** /MM³

NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS

PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS

Arilton Michel Pereira de Andrade
Farmacêutico - Bioquímico
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

Antonio Bezerra
Farmaceutico - Bioquímico
CRF-7018

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Edilton Mamede 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

1. check virus se card.
 Se malo con febre
 Se resaca. Interol ho 13 lras
 Transfunde de Ant. Berne
 (7): Interol p/cuynne

Dr. Márcio G. de
Tropedia Curitiba
Farmacologia do
Medicamento
Terapia da Dor
CRM 13.000

21 Infermation

D7 A.M. Ayde, masculino, III. Fratura de fêmur esquerdo,
de admitido no Emergência do Hospital, previamente
Dado do Fractura do Anterior Bregma - jarda consciente,
distância, leucopinto, jeprico em ou, lemodinâmica
mente estavel, aceto clito, por v.c., deambula bep
combidatos a nege, alegia medicamentosa se
que ao unidade de campo do posto S. L. Joli.

Francisca Antonia Monteiro da Silva
COBEN-CE 2015

⑤



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

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
13	A.M.A. de 29 anos, casada, em 2011 pa-
16	teve de radio e. dispendio, artem-
2010	tas, verbalizado, em meio, afeto, normal- mente, normalizado. Relato de de an- tigo. Segue em observação.
	seja Rosimar em 30/10/15
14/6	Assinatura
	Carimbo: HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira Departamento de Radiologia Cidade de Fortaleza
	Assinatura

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.

Carimbo médico de Allergologia

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
08:			

SINAIS VITAIS	
..RÁRIO:	36,40 20,2
P.A.:	120x80 120x60
TEMP.°:	36,1C
P./MIN.:	
M.V./MIN.:	

NOME:

Amilton Pereira de Albuquerque

IDADE:

ENF.:

LEITO:

Nº. PRONTUÁRIO:

2-105

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent./Dieta)
	1) <i>he e par</i>	<i>apd</i>		
	2) <i>Diprivo 218770 5x6/69 SN</i>		<i>6.30h. Paciente admitido ao novo hospital. Levantado e encaminhado para o Serviço de Urgência. Sujeito em tratamento de enfermagem.</i>	
	3) <i>Diprivo 218770 5x6/69 SN</i>		<i>17.50h. vindo do Emergency Room de radiol. - 14.56h.</i>	
	4) <i>55VV</i>	<i>Rotina</i>	<i>20h. Paciente acordou para exame de mobilidade que se apresentando normal.</i>	

Dr. Marcelo Gadelha
Medicina de Urgência
CRM 13984

Carimbo de Ent. da Saúde
Parece de Enfermagem
CORENO 76172

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

	UNPROCESSED	HEAVILY PROC.	REMARKS
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS				
NUMERO:				
P.A.:				
TEMP.°:				
P./MIN.:				
M.V./MIN.:				

NOME:	Luíthien Moreira Albuquerque	IDADE:	29a	ENF.:	A	LEITO:	105	Nº. PRONTUÁRIO:
-------	------------------------------	--------	-----	-------	---	--------	-----	-----------------

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA/ ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ente/ Dieta)
31/06/2020	<p>DIETA GERAL</p> <p>IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS</p> <p>DIPIRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN</p> <p>TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN</p> <p>CEFALOTINA 1g EV 6/6 HS</p> <p>SINAIS VITAIS</p> <p><i>Dr. Fernando Inácio Rodrigues</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM 1000</i></p>		915h de alta hospitalar	any



FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Guilherme Moreira Albuquerque</u>								PRONTUÁRIO: <u>410552</u>		ENFER./LEITO: <u>105</u>																																																
DATA DA CIRURGIA: <u>13/06/2020</u>		PRESSÃO ARTERIAL:		RESPIRAÇÃO		SATURAÇÃO		PULSO:		PESO:																																																
TIPO SANGÜÍNEO:		HEMACIAS:		HEMATOCRITO:		HEMOGLOBINA:		GLICEMIA:		URÉIA:																																																
APARELHO URINÁRIO:								DIURÊSE:																																																		
APARELHO RESPIRATORIO						ASMA		BRONQUITE:																																																		
APARELHO CIRCULATÓRIO:								ELETROCARDIOGRAMA:																																																		
APARELHO DIGESTIVO								DENTES		PESCOÇO:																																																
ESTADO MENTAL: <u>lucido</u>		ATARÁXICO		ALERGIAS		CORTICOIDES		HIPOTENSORES																																																		
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: <u>frat. antebraço</u>								ESTADO FÍSICO: <u>ASA I</u>		RISCO: <u>—</u>																																																
ANESTESIAS ANTERIORES:								TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:																																																		
HORA DO PRE-ANESTÉSICO: <u>0840</u>				ADMINISTRADA ÀS: <u>0900</u>				EFEITO:																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>INDUÇÃO</th> <th>MANUTENÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2"> INJEÇÕES: F F </td> <td>SATISF.: <u>—</u></td> <td>EXCIT.: <u>—</u></td> </tr> <tr> <td>LENTA: <u>—</u></td> <td>TOSSE: <u>—</u></td> </tr> <tr> <td rowspan="4"> V. P. ARTERIAL - PULSO O. REGULAR - 1. ANESTESIA O. GERAL </td> <td>NAUSEA: <u>—</u></td> <td>VÔMITOS: <u>—</u></td> </tr> <tr> <td>LARINGO ESPASMO: <u>—</u></td> <td>OUTROS: <u>—</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 1) Morfina 2) Bloq. plex. braquial cl. lila 1.5 / cl. adu. 400 + clonidina 150µg 3) efepredina 2g IV 4) Diprivena 2g IV 5) Cetoprofeno 100mg IV </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> ANESTESIA SATISF.: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NÃO, POR QUÊ? <u>—</u> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <u>13 4 0X</u> </td> <td> DESPERTAR REFLEXOS NA S.O.: <u>+</u> OBSTR.: <u>—</u> CO2: <u>—</u> EXCIT.: <u>—</u> NAUSEA: <u>—</u> VÔMITOS: <u>—</u> OUTROS: <u>—</u> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> POSIÇÃO: <u>0</u> </td> <td> COM CÂNULA PARA O LEITO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CONDIÇÕES: <u>boa</u> </td> </tr> <tr> <td colspan="12"> AGENTES: <u>Lidocaina cl. adu. + clonidina</u> TÉCNICA: <u>Bloqueio de plexo braquial</u> CÂNULAS: <u>—</u> CIRURGIA: <u>Trat. fr. antebraço</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. Francisco A. Medeiros</u> CIRURGIÕES: <u>Dr. Eurio + Dr. Roberto Mendes</u> OBSERVAÇÕES: <u>—</u> </td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td colspan="4">PERDA SANGÜÍNEA:</td> </tr> </tbody> </table>												AGENTES ANESTÉSICOS	INDUÇÃO	MANUTENÇÃO	INJEÇÕES: F F	SATISF.: <u>—</u>	EXCIT.: <u>—</u>	LENTA: <u>—</u>	TOSSE: <u>—</u>	V. P. ARTERIAL - PULSO O. REGULAR - 1. ANESTESIA O. GERAL	NAUSEA: <u>—</u>	VÔMITOS: <u>—</u>	LARINGO ESPASMO: <u>—</u>	OUTROS: <u>—</u>	1) Morfina 2) Bloq. plex. braquial cl. lila 1.5 / cl. adu. 400 + clonidina 150µg 3) efepredina 2g IV 4) Diprivena 2g IV 5) Cetoprofeno 100mg IV		ANESTESIA SATISF.: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NÃO, POR QUÊ? <u>—</u>		SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <u>13 4 0X</u>		DESPERTAR REFLEXOS NA S.O.: <u>+</u> OBSTR.: <u>—</u> CO2: <u>—</u> EXCIT.: <u>—</u> NAUSEA: <u>—</u> VÔMITOS: <u>—</u> OUTROS: <u>—</u>	POSIÇÃO: <u>0</u>		COM CÂNULA PARA O LEITO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CONDIÇÕES: <u>boa</u>	AGENTES: <u>Lidocaina cl. adu. + clonidina</u> TÉCNICA: <u>Bloqueio de plexo braquial</u> CÂNULAS: <u>—</u> CIRURGIA: <u>Trat. fr. antebraço</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. Francisco A. Medeiros</u> CIRURGIÕES: <u>Dr. Eurio + Dr. Roberto Mendes</u> OBSERVAÇÕES: <u>—</u>																				PERDA SANGÜÍNEA:			
AGENTES ANESTÉSICOS	INDUÇÃO	MANUTENÇÃO																																																								
INJEÇÕES: F F	SATISF.: <u>—</u>	EXCIT.: <u>—</u>																																																								
	LENTA: <u>—</u>	TOSSE: <u>—</u>																																																								
V. P. ARTERIAL - PULSO O. REGULAR - 1. ANESTESIA O. GERAL	NAUSEA: <u>—</u>	VÔMITOS: <u>—</u>																																																								
	LARINGO ESPASMO: <u>—</u>	OUTROS: <u>—</u>																																																								
	1) Morfina 2) Bloq. plex. braquial cl. lila 1.5 / cl. adu. 400 + clonidina 150µg 3) efepredina 2g IV 4) Diprivena 2g IV 5) Cetoprofeno 100mg IV																																																									
	ANESTESIA SATISF.: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NÃO, POR QUÊ? <u>—</u>																																																									
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <u>13 4 0X</u>		DESPERTAR REFLEXOS NA S.O.: <u>+</u> OBSTR.: <u>—</u> CO2: <u>—</u> EXCIT.: <u>—</u> NAUSEA: <u>—</u> VÔMITOS: <u>—</u> OUTROS: <u>—</u>																																																								
POSIÇÃO: <u>0</u>		COM CÂNULA PARA O LEITO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CONDIÇÕES: <u>boa</u>																																																								
AGENTES: <u>Lidocaina cl. adu. + clonidina</u> TÉCNICA: <u>Bloqueio de plexo braquial</u> CÂNULAS: <u>—</u> CIRURGIA: <u>Trat. fr. antebraço</u> ANESTESISTAS: <u>Dr. Francisco A. Medeiros</u> CIRURGIÕES: <u>Dr. Eurio + Dr. Roberto Mendes</u> OBSERVAÇÕES: <u>—</u>																																																										
								PERDA SANGÜÍNEA:																																																		

Paciente: AILTON MONEIM ALBUQUERQUE
Data da Operação: 13/06/2020 Enfermaria: 105 Leito: 291
Operador: EUSEBIO Antonio Eusebio T. Roci 1º Auxiliar: Robert U Dr. Roberto Mendes Rodrigues
2º Auxiliar: Ortopedia - CRM 4774 3º Auxiliar: Ortopedia - Traumatologia
Instrumentador: ANESTESISTA: JUNIOR CRM 4000

Tipo de Anestesia: FM
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA ANOSMOCO ESC
Tipo de Operação: FRATURA ANOSMOCO ESC
Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA ANOSMOCO ESC
Relatório Imediata Patologista: OSTEOTOMIA 30720045 6 C
Exame Radiológico no ato: OSTEOTOMIA 30720133 7 C
Acidente durante a operação:
Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ← FRATURA DE CUBITO DORSAL
- ← ARTROSCOPIA + ARTROSCOPIA + CIMPUS
- ← TRATAMENTO DE SMCIT
- ← VIA DE ACESSO DORSAL PUNTO ESC
- ← DISSECÇÃO POR PUNTO
- ← OSTEOTOMIA DO CARPO DISTAL
- ← APÓS O FOCO DE FRATURA E FIXADO COM FIO SUTURADO
- ← CURATIVOS SF
- ← SUTURA CIMPUS + TAM EUSO

Antonio Eusebio T. Roci
Ortopedia - CRM 4774

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4000



4

Y

4

DESCRICÃO DA OPERAÇÃO

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

Transcrito
Atestado
C. de A. de L. de A.

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM



GASTO ANESTÉSICO

MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.	MEDICAMENTOS	UNIDADE	QUANTI.
ADRENALINA	AMPOLA		ETOMIDATO	AMPOLA	
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		FENTANIL	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		FUROSEMIDA	AMPOLA	
AMPICILINA 1g	FRASCO-AMPOLA		GENTAMICINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	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		LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFALOTINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA	FRASCO-AMPOLA	
CEFAZOLINA 1g	FRASCO-AMPOLA		LIDOCAÍNA 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 POTÁSSIO 10%	AMPOLA		NALOXONA	AMPOLA	
DEXAMETASONA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
DESGLANSÍDEO	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
DIAZEPAM 10mg	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
DIPIRONA	AMPOLA		RANITINA	AMPOLA	
DIPIRONA+ESCOPIRAMINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
DOBUTAMINA	AMPOLA		SUCCILNÍCOLINA	FRASCO-AMPOLA	
DOPAMINA	AMPOLA		TIOPENTAL	FRASCO-AMPOLA	
ETILEFRINA 10mg	AMPOLA				
SOROS			HEMODERIVADOS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ml	FRASCO		PLASMA	BOLSAS	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	FRASCO		SANGUE TOTAL	BOLSAS	
SORO GLICOSADO 5% 500 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	BOLSAS	
SORO RINGER LACTATO 500 ml	FRASCO		ALBUMINA	FRASCO-AMPOLA	
SOLUÇÃO DE MANITOL 250 ml	FRASCO		CONCENTRADO DE PLAQUETAS	UNIDADE	9
FRUTOSE 500 ml	FRASCO				
MATERIAIS DESCARTÁVEIS					
CATETER VENOSO	UNIDADE				
EXTENSOR	UNIDADE				
EQUIPO DE SORO	UNIDADE				
SONDA DE ASPIRAÇÃO	UNIDADE				
SONDA NASO-GÁSTRICA	UNIDADE				
TORNEIRA 3 VIAS	UNIDADE				
ABOCATH	UNIDADE				
AGULHA PERIDURAL	UNIDADE				
AGULHA PARA RAQUI	UNIDADE				

DATA 09/06/2018 15:15 # Enfermagem # EVOLUÇÃO

Paciente proveniente da emergência, admitido nesta unidade para internação emergencial. Evolução, consciente, orientado, verbalizando supracitado em ambiente. Sem queixas no período. Segue em observação de enfermagem.

Delegada Gessiane Mello
CORENCE 532.662
Enfermeira

10/6
Paciente evolui
Dr. Roberto
Ortopedia
CRM 4000

30.06.20 Paciente A.M.A., 29 anos, masculino, 1,70 m, 70 kg. Admitido em observação de enfermagem, consciente, orientado, verbalizando bem. Sem queixas no período. Segue em observação de enfermagem.

Dr. Roberto
Ortopedia
CRM 4000

11/08 1ª Fratura Fechada
M. ABADELA LAMOURA

Dr. Roberto
Ortopedia
CRM 4000

11.06.20 Paciente A.M.A., 29 anos, masculino, 1,70 m, 70 kg. Admitido em observação de enfermagem, consciente, orientado, verbalizando bem. Sem queixas no período. Segue em observação de enfermagem.

Nayra Mello
Enfermeira
CORENCE 532.662

12/6 Paciente evolui
Dr. Roberto
Ortopedia
CRM 4000
Antonio Elias
CRM
Traumato

13/6 A.P.C. 2005
Selo 1x

Dr. Roberto
Ortopedia
CRM 4000
Antonio Elias
CRM
Traumato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDIÇÃO:

1 - ALTA:

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSPERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA:

GUA 2

DATA E HORA DA ALTA: / / HORA: :

2 - OBSERVAÇÃO: (ATE 24 H) ☐

DATA E HORA DA ALTA: / / HORA: :

3 - INTERNAÇÃO ☐

SE PROIBITIVO:

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: / / HORA: :

4 - PARA OBITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM

DATA OBITO: / / HORA OBITO: :

ASS. CARIÓTIPO MÉDICO

OBITO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA

2 ☐ LUL

3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

4 ☐ BVO

ASS. CARIÓTIPO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU 22 RESPONSÁVEL

ASS. DO MÉDICO E CARIÓTIPO

Amalberto
FARMACIA COOPERATIVA
CARTÃO 2754

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA VIAÇÃO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CATEGORIA NACIONAL DE TRANSPORTES	
ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE	
	DOC. IDENTIFIC. / CDS. INTERIOR / P 2004012034842 SSP CE
	CPF 050.803.093-50
	DATA NASCIMENTO 22/08/1990
	RESIDÊNCIA AUBINO AMARO DE ALBUQUERQUE FILHO ANA MARIA MOREIRA
Nº IDENTIFIC. 05966174819	VALIDADE 27/04/2021
1ª EMISSÃO 26/12/2013	
OBSERVAÇÃO	
SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura do Portador <i>Arilton Moreira Albuquerque</i>	
LOCAL FORTALESA, CE	DATA EMISSÃO 23/10/2017
Assinatura do Emissor <i>[Assinatura]</i> 68536830290 CE153154292	
CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1545161851

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545161851

Regina Goff dos Santos Miravani da Rocha de Araújo Braga - Estado de Ceará
Rua José de Almeida Azeite Junior - Edifício "A" Colúmbia (Lagoa de Aracá) - São Paulo
CE, 60060-005 - CEP 60060-005 - E-mail: greggoff@uol.com.br - greggoff@uol.com.br

0109 22191273 - 1 AUTENTICADO - Certifico que esta fotografia é reproduçã
Fiel do original que se foi representado
Fotaleia

...a qual não foi representado.

...ela, 22 de julho de 2000. (p. 54-63). Em testemunho da verdade.

...MARTA MARIA MACHADO APARECIDO (Escrevente) Valor total R\$ 2.48.

...Assinada somente com o selo de autenticidade FUMC, então

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

0000000000	2019	EXTENDIDO
JOSE ELIESER DUARTE DE SOUZA JUNIOR		

FORTALEZA CE		

00832764329	PLACA	OID8188
* * * * *	PLACA ANTICAP	9C2JG4110D875088
/CE		

MOTORCICLO/NEO RELIC- MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS CATEGORIA PARTIC	COMBUSTIBLE GASOLINA AÑO FAB 2012 AÑO MC 2013 CON PERSONALIDAD PARTIC
---	--

[illegible]

0.32	84.58	TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
07/11/2019			

TALEZA
LOCALITY

LUMI PUBLIC
TELEPHONE NO.
DATE
07/11/2019

CENº 014928727930

0832764329
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
4928727980
35509680146

[illegible]

09	9C2JC4110DR750859	MI CLASSIC	PREMIO TARIFARIO	CONCATRAN (RS)
PLA (RS)				

DO BILHETE (R\$)	4.01	COP (R\$)		TOTAL A SER PAGO RECEBIDO (R\$)	40.05
UNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	<input type="checkbox"/>	DATA DE QUITACAO	07/11/2016

[illegible]

10

Registre Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado de Ceará
 Rua Ademar de Almeida Gomes Siqueira - Itaipir - 3111 Cordeiros, Aracaju de Alencar Araújo - São Sebastião
 de Aracaju (AL), e-mail: CEP 00000-000 - Curitiba - Ceará - (81) 3272-1301 - jamaez@registrocivil.com

09
AUTENTICAÇÃO
N. 10 401106

Foralizer, 22 de julho de 2020. (p. 54/63). Em testemunho da verdade,
SANTA MARIA DOS ANJOS RESOLVEU ABAIXO (Estrelando) Valor Total R\$ 2,48.
Valor somente com o selo de autenticidade FINE, ficando

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 014928727980

JARI 01 4901428727980

154 000 HENRY MM

JOSE ELIEZER DUARTE DE SOUZA JUNIOR
FORTALESA/CE

0832764325 PLACA ANTOY 000000 / CE 000000

PAZ/MOTOCICLO/NAO APLIC.	COMBUSTIVEL
MONDA/CC	CASOLINA

LAT/INSTRICE
 P/OCV/124CC
 CATEGORIA
 PARTIC
 CON PARTICOLARE
 PRETA
 2012
 2013

[illegible]

0.11	0.32	84.58	DATE INFLUENCING
			07/11/2019

TALEZA

07/11/2019

CE N° 014928727930 BILHETE DE SEGURO DPVAT 2019 00832764329

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

014928727980
SAC DPVAT 0800 022 1204
35509680146
www.dpvat.com.br

01 00832764329 07/11/2019

490146287
HONDA/CG 125 FAN RS
MARCA MODELO
PID8188

US 9C2JC4110DR750859

PRIS (R\$)	CONSUMO (R\$)	QUANTO DO DESEJO (R\$)
15.05	4.01	40.05

DOTA UNICA	PAGAMENTO	84.58	DATA DE QUANTO
0.32			

LOTE/DONEGLIA
MOTOR: JC4LE1D7S08655

6103
CBOCCEA
2

[illegible]



Nº de inscrição:

005484529

DADOS DO CLIENTE

JOSE ELIESER DUARTE DE SOUZA JUNIOR

RUA MARTINS DE CARVALHO, 3312, GRANJA LISBOA
FORTALEZA - CEP: 60540-184

Codificação: 001.089.0078.0148.0000.00.00

Padrão do imóvel: MEDIO

Residência:	012	Comercial:	000	Industria:	000	Público:	000
Informações sobre medição							
Serviço	Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Variação	Medida Semestral		
AGUA	808F435561	2415	2504	89	58		

DÍTAS

Leitura atual: 17/06/2020

Emissão: 17/06/2020

Lacre água: 514168

Leitura anterior: 18/05/2020

Próxima leitura: 17/07/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DA FÁBRICA REFERENTE A:

04/2020

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano

Agua (m³)

Esgoto (m³)

AGUA

CARTÃO JAIME ARARIPE

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Rua, Sena de Almeida Araripe Júnior - Thales / Rua Guilherme Augusto de Almeida Frange - Substituto
Av. Mister, 945 - CEP 60150-001 - Fortaleza - Ceará / (85) 3215-1301 - jaimeararipe@gmail.com1 AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta fotocópia é reprodução
fidel do original que se foi representado.Fortaleza, 22 de Junho de 2020, 09:54:03. Em testemunho da verdade.
SANTA MARIA MATOS MACIELLES ARARIPE (Assinatura) Valor Total R\$ 2,00.
Valido somente com o selo de autenticidade FISC: thiago

DÍTAS

06/20

11

72

0

001

Tributos sobre o Faturamento

Descrição

Valor (R\$)

Substituto

Descrição

VOLUME (m³)

PIS

COFINS

4,74

23,61

VALOR DO SERVIÇO

503,56

VALOR DO SUBSTITUTO

9,60

VALOR TOTAL A PAGAR

493,96

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

06/2020

06/07/2020

493,96

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

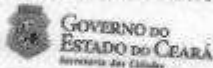
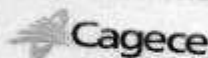
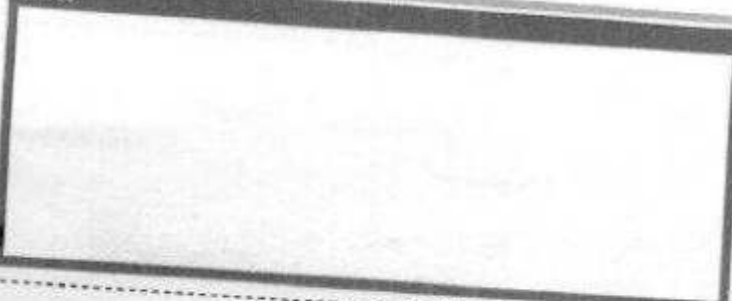
INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 102 m³ | META: 120 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS



Fatura Mensal

Código de agente
atualizador

DADOS DO CLIENTE

358318073334/44 - 8185 Bcorr:

Inscrição: 005484529

Vencimento: 06/07/2020

Mes/ano: 06/2020

Total a pagar (R\$): 493,96

82650000004 5 93960009600 1 00548452901 0 01008622015 8



obs. Problema 2 m³

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209539/20

Vítima: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

CPF: 050.803.093-50

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: ARILTON MOREIRA
ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

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 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

ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSON DE SOUZA LEITE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): 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: 05.08.2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Arilton Moreira Albuquerque

CPF do beneficiário: 050.303.693-50

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

 Tel. Celular: (85) 986703819
DDD

 Tel. Comercial: (85) 933439956
DDD

 Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO 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 da IMI

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

A Anseguradora Líder eu Arilton Moreira Albuquerque portador do RG nº 2006012036862 e inscrito no CPF nº 050.303.693-50. Estou enviando um novo laudo médico, com a definição da minha seqüela, que eu fiquei prejudicado. Foi aguardando a marcação da perícia médica muito grato.

Local e Data

Arilton Moreira Albuquerque
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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/último não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a seu rogo).

Recebido do auto.

JAIME ARAPIPE

Região Civil dos Povos Indígenas do Distrito de Aracaju - Estado de Sergipe
 Rua Manoel de Araújo, nº 100 - Centro - CEP 49050-000 - Aracaju - Sergipe
 Tel: (79) 3333-1111 - Fax: (79) 3333-1112 - E-mail: jara@arapipe.org.br

1 AUTENTICADO - Certidão que esta fotocópia é verdadeira e fiel ao original que se encontra no arquivo de dados.

Para obter a autenticação, basta enviar a fotocópia para o e-mail: jara@arapipe.org.br, com o valor de R\$ 2,00.

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE E O VALOR DE R\$ 2,00.

AUTENTICADO Nº 401107

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1491160560

JOSE ELIEZER DUARTE DE SOUZA JUNIOR

CPF: 05.68.798.736-9

DATA DE NASCIMENTO: 09/06/2002

DATA DE VALIDADE: 15/11/2012

JOSE ELIEZER DUARTE DE SOUZA JUNIOR

MARIA CLÁudia RODRIGUES DE SOUZA

CPF: 008.327.663-29

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/1994

LOCAL: PORTALEIRA, CE

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: [Assinatura]

DATA DE EMISSÃO: 13/06/2012

CEARA

57865240056

CE159668220

005484529

ENDEREÇO DO CLIENTE

JOSE ELIESER DUARTE DE SOUZA JUNIOR
RUA MARTINS DE CARVALHO, 3312, GRANJA LISBOA
FORTALEZA - CEP: 60340-184

Codificação: 001.089.0078.0148.0000.00.00
Padrão do imóvel: MEDIO

Residência	012	Comercial	000	Industrial	000	Pública	000
INFORMAÇÕES SOBRE REDEÇÃO							
Serviço	Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume	Medida Semestral		
AGUA	A08F435581	2415	2504	89	50		

Leitura atual: 17/06/2020
Leitura anterior: 18/05/2020
Emissão: 17/06/2020
Proxima leitura: 17/07/2020
Lacre agua: 514166

Nº de amostras:	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Existidas	255	255	051	255	255
Qualitativas	264	264	264	263	263
Em conformidade	263	257	238	255	263

INDICAÇÃO DAS SERVIÇOS

AGUA

JAIME ARARIPE

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
R. João de Almeida Araújo - 4965 - CEP 60350-001 - Fortaleza - Ceará (081) 3255-1101 - jaimeararipe@gmail.com

1010922189127 - 1 AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que se foi representado.
Fortaleza, 22 de julho de 2020, 09:54:03. Em testemunho da verdade.
SANTA MARIA NETOS BRUNHES ARAUJO (Assinatura) Valor Total R\$ 2,00.
Válido somente com o selo de autenticação FINE: thiago

06/20 72 0

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	4,74	VALOR DO SERVIÇO	503,56
COFINS	23,61	VALOR DO SUBSIDIO	9,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	493,96

MES/ANO

VENCIMENTO

493,96

06/2020
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto a Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES DO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 102 m3 | META: 120 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AGUA

ENDEREÇO DO CLIENTE

350318073334744 - 0165 0curr:

Inscrição: 005484529
Vencimento: 06/07/2020

Mes/ano: 06/2020
Total a pagar (R\$): 493,96

82650000004 5 93960009600 1 00548452901 0 01008622015 8



obs. Proximo 2 m3

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219724/20

Vítima: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

CPF: 050.803.093-50

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

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 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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: ARILTON MOREIRA ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

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 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