

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200369211**

**Vítima: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 10/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000001048**

Conta: **0000034351-6**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 052.517.823-65 4 - Nome completo da vítima: Rafael dos Santos Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Rafael dos Santos Oliveira 6 - CPF: 052.517.823-65  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Tr. Sucupia 9 - Número: 879 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Granja Portugal 12 - Cidade: Italoiza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.110-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Ins (DPP): 8548422-3351

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1048 - CONTA: 34351 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização e reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor creditado.

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 pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo 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(a) menor? ☐ 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 a 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art.º 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data: Italoiza, 09 de Setembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Rafael dos Santos Oliveira

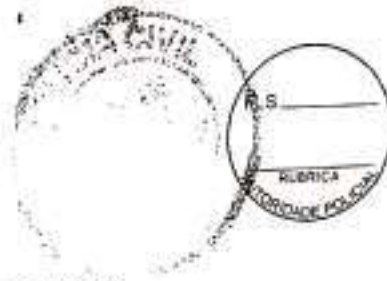
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020494765



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1383 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/08/2020 15:40:08**  
Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2020 15:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV IMPERADOR C/ AV. DOMINGOS OLIMPIO, CENTRO - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**  
Nascimento: **05/12/1991** CPF: **052.517.823-65** UF:  
RG: **2003012001592** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO**  
**JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA**  
Endereço: **TRAVESSA SUCUPIRA, 879**  
Bairro: **GENIBAU** CEP:  
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 9912-1158**  
País: **BRASIL**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSF5982** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2JC4110DR413067** Renavam: **535427689** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano  
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**VERMELHA** Proprietário: **MAGNO SILVA DE MENEZES** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OSF-5982 NA AV. IMPERADOR NA FAIXA DA ESQUERDA QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRAFEGAVA NA FAIXA DA DIREITA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA (PARANGABA). E NADA MAIS DISSE. //OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB. PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

Rafael dos Santos Oliveira



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 2020494765



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 1383 / 2020**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 052.517.823-65 4 - Nome completo da vítima: Rafael dos Santos Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAIS DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Rafael dos Santos Oliveira 6 - CPF: 052.517.823-65  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Tr. Sucupia 9 - Número: 879 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Granja Portugal 12 - Cidade: Italoiza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.110-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Ins (DPP): 8548422-3351

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 13 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 1048 - CONTA: 34351 6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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 e reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor creditado.

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 pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo 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(a) menor? ☐ 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 a 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art.º 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data: Italoiza, 09 de Outubro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rafael dos Santos Oliveira

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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01048

CONTA: 000000034351-6

---

Nr. da Autenticação 2BBB67AC95805F31

ene

CNPJ 07.047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Age Group	Percentage
18-24	10
25-34	15
35-44	20
45-54	25
55-64	20
65-74	15
75-84	10
85-94	5
95-104	2

$$\begin{array}{r} 10,05 \\ 73,25 \\ 2,85 \end{array}$$

Digitized by Google





**Prefeitura de  
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA**

<b>DADOS PESSOAIS</b>		<b>R. DO PRESTADOR</b> 412649	<b>POS DE</b> 321570
<b>QUAL DO PRESENTE</b> RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA		<b>DATA DO NASCIMENTO</b> 05/12/1991 (28 ANOS)	<b>SEXO</b> M
<b>DOCUMENTOS</b> CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05251782365		<b>NOME DA MÃE</b> MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO	
<b>ENDEREÇO</b> RUA SUCUPIRA 879 PARQUE GENIBAU	<b>CEP</b> 60.534-212	<b>TELEFONE</b> (85) 99121-158	<b>CE</b>

<b>OCORRÊNCIA</b>		<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>	<b>TIPO DE COLISÃO</b> COLISÃO CARRO X MOTO
<b>QUEIXA</b> PACIENTE COM DOR E EDEMA NO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA. APÓS COLISÃO DE MOTO.		<b>ESCALA DE DOR</b> 99 (ADULTO)	
<b>PROZ. AS SINTOMAS</b> NINI	<b>ALTERAÇÕES</b> MEGA	<b>TESTES</b> NIN%	<b>TESTES</b> NIN
<b>RECOMEND. PARA CLASSE</b> JONATHAS WASHINGTON SPINOSA/JUCA		<b>DATA/HORA DA CLASSIFICAÇÃO</b> 10/07/2020 16:2	

<b>ÁREA DE ATENDIMENTO</b> TRAUMATOLOGIA	<b>ATENDIMENTO MÉDICO</b>
<b>HISTÓRICO</b> Queda de moto. Trauma na mão (E). Ex. exposta do 2º DDT e necessidade de fixação urgente. CD. Internamento.	
<b>DIAGNÓSTICO</b> ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRÂNIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS	

<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	<b>APAZAMENTO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Ex. mão (E) AP/obliqua + perfil 2º DDT		

<b>Tipo de Atendimento</b>	<b>DECISÃO</b>
( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVISÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO	( ) ANTES DE 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
<b>DESTINO DO CORPO</b> ( ) FAMILIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL.	<b>CARIMBO ASSINADO</b>

Assinado por Jonathas Washington Spinosa Juca em 10/07/2020 às 16:27:40  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sob a pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Cod. Penal.

1044

*Rafael dos Santos Oliveira*  
RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA



124003840



SUS  
Sistema Único de Saúde  
CCI - Central de Controle de Internação  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
AV. Getúlio de Faria nº 1121 - Teresopolis - CEP 60.735-000  
Fortaleza - Ceará  
Telefone: (85) 3181-1122

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SUS - PMF  
**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)**

N.º LAUDO: \_\_\_\_\_

N.º da AIH  
2320264650

CGC / CNPJ  
07.835.044 / 0002-61

UNIDADE HOSPITALAR  
**HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA**

**DADOS DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE  
Katacl dos Santos Oliveira

ENDEREÇO DO PACIENTE  
Rua Sucupira 870

Bairro  
Parque Giribau

MUNICÍPIO  
Fort

UF  
Ce

DATA DO NASCIMENTO  
05/12/91

SEXO  
1. ☒ MASC 2. ☐ FEM

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

NOME DA MÃE  
M. dos Santos Gomes, Araújo

**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 exposta do 2º QDT (E)  
(falange intermediária).

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

Risco de complicações

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS**

Rx + Exame físico

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

Fx 2º quindactilo (E)

**TIPO DE CLÍNICA**

- 1. ☐ CIRÚRGICA
- 2. ☐ OBSTÉTRICA
- 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
- 4. ☐ TISIOPEUMOL
- 5. ☐ PSIQUIÁTRICA
- 6. ☐ PEDIÁTRICA
- 9. ☐ OUTROS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Acumulado

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Nelson Silveira Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 14.961 - RJ 017.6417


DATA  
10/07/2020

HORA

**FOLHA DE EVOLUÇÃO**

NOME DO PACIENTE: Rapael dos Santos Oliveira  
 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ DATA DA INTERNAÇÃO: 1 / 1


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
10/07/2020	Acidente automobilístico com fratura exposta da falange intermediária do 2º DDT (E). CP: Internamento p/ Tto cirúrgico.  TEMPO: Fogo limpo cirúrgico e início do tto e anestesia local no pequeno cirúrgio.  <div style="text-align: right;">                           Dr. Nelson Sávio Matias                          Ortopedia e Traumatologia                          CREMER 14257 RCT 16417                     </div>

10/07/2020 R S O, 28 a, masculino admitido na emergência para Tto de trauma de mão. E. tranquilo, consciente, verbaliza. PM NHBP, desmulsificado. Sem ar. Amarelo. Acute de 10. Nega comorbidades, alergia medicamentosa e pendentes. Sinais fisiológicos presentes. Segue em cuidados de enfermagem.

11/07/2020

Resultado

  
 Dr. Nelson Sávio Matias  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 14257

  
 Dr. Nelson Sávio Matias  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CREMER 14257 RCT 16417

*Atualizado*











FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Rafael da Silva Oliveira</u>		PRONTUÁRIO: <u>412699</u>		ENFER./LEITO:																																																																																																			
DATA DA CIRURGIA: <u>11/07/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL:	RESPIRAÇÃO:	SATURACÃO:	PULSO:	PESO:																																																																																																		
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS:	HEMATÓCRITO:	HEMOGLOBINA:	GLICEMIA:	URÉIA:																																																																																																		
APARELHO URINÁRIO:				DIURESE:																																																																																																			
APARELHO RESPIRATÓRIO:				BRONquite:																																																																																																			
APARELHO CIRCULATÓRIO:				ELETROCARDIOGRAMA:																																																																																																			
APARELHO DIGESTIVO:				DENTES:																																																																																																			
ESTADO MENTAL: <u>Normal</u>				PESCOÇO:																																																																																																			
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: <u>fract. wau</u>				HIPOTENSORES:																																																																																																			
ANESTESIAS ANTERIORES:				RISCO:																																																																																																			
TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:				ESTADO FÍSICO: <u>ASA I</u>																																																																																																			
Dose pré-anestésica: <u>1035</u>		ADMINISTRADA ÀS:		EFEITO:																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>12</th> <th>13</th> <th>14</th> <th>15</th> <th>16</th> <th>17</th> <th>18</th> <th>19</th> <th>20</th> <th>21</th> <th>22</th> <th>23</th> <th>24</th> <th>25</th> <th>26</th> <th>27</th> <th>28</th> <th>29</th> <th>30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">INDUÇÃO</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">MANUTENÇÃO</td> <td colspan="19"></td> </tr> <tr> <td colspan="19"></td> </tr> </tbody> </table>						AGENTES ANESTÉSICOS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	INDUÇÃO																																							MANUTENÇÃO																																						
AGENTES ANESTÉSICOS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																																																																																				
INDUÇÃO																																																																																																							
MANUTENÇÃO																																																																																																							
<p>INDUÇÃO</p> <p>SATISE: <input checked="" type="checkbox"/> EXCIT.: <input type="checkbox"/></p> <p>LENTA: <input type="checkbox"/> TOSSE: <input type="checkbox"/></p> <p>NAUSEA: <input type="checkbox"/> VÔMITOS: <input type="checkbox"/></p> <p>LARINGO ESPASMO: <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS: <input type="checkbox"/></p>																																																																																																							
<p>MANUTENÇÃO</p> <p>1) <u>Naivit</u></p> <p>2) <u>Fentanyl 100 µg IV</u></p> <p>3) <u>Propofol 200mg IV</u></p> <p>4) <u>Cyflupria 2g IV</u></p> <p>5) <u>Diprivan 2g IV</u></p>																																																																																																							
<p>ANESTESIA SATISE: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO, POR QUÊ? <input type="checkbox"/></p>																																																																																																							
<p>DESPERTAR</p> <p>REFLEXOS NA S.O.: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>OBSTR.: <input type="checkbox"/> CO2: <input type="checkbox"/> EXCIT.: <input type="checkbox"/></p> <p>NAUSEA: <input type="checkbox"/> VÔMITOS: <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS: <input type="checkbox"/></p>																																																																																																							
<p>COM CÂNULA PARA O LEITO:</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</p> <p>condições: <u>boa</u></p>																																																																																																							
<p>AGENTES: <u>Fentanyl, Propofol</u></p> <p>TÉCNICA: <u>Sedação</u></p> <p>CÂNULAS: <u></u></p> <p>CIRURGIA: <u>tro cir fract. wau + tornocéfalo</u></p> <p>ANESTESISTAS: <u>Dr. Francisco A. Rios Junior</u></p> <p>CIRURGIÕES: <u>Dr. Roberto + Dr. Gaudêncio</u></p> <p>OBSERVAÇÕES: <u>Fract. wau + tornocéfalo</u></p>																																																																																																							



Paciente: Rafael dos Santos Almeida

Data da Operação: 1/1/2011 Enfermaria: 1 Leito: 1

Operador: Roberto Mendes

1º Auxiliar: Carla

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: João

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

Do abscesso peritônio mes

Relatório Imediata Patologista:

+  
Tuberculose

me Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

Sob anestesia

abdominal feita

fixação peritônio com fio de sutura

abdominal. Remoção

de material

de material

de material

de material

Assistente





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
**RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UP  
**1615292** MTE **CE**

CPF **052.517.823-65** DATA NASCIMENTO **05/12/1991**

FILIAÇÃO  
**JOSE MESSIAS DE OLIVEIRA**  
**MARIA DOS SANTOS GOMES ARAUJO**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**A**

Nº REGISTRO  
**05715217574**

VALIDADE  
**15/12/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**23/02/2013**

OBSERVAÇÕES  
**SEM OBSERVAÇÃO;**

*Rafael dos Santos Oliveira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**FORTALEZA, CE**

DATA EMISSÃO  
**12/08/2019**

*Idor Vasconcelos Costa*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**73534488236**  
**CE172013550**

**CEARÁ**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1780734460

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1780734460



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 02 535427689 0000000000 2019

MAGNO SILVA DE MENEZES  
FORTELEZA/CE

PLACA 84394586320

CHASSI 9C2J3C4110DR413067

DETRAN - CE  
MOTOR 535427689

2013 125 FAN KS

2P/00CY/124CC

VERMELHA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

REGISTRO OBRIGATORIO DE DANOS PES  
DOMINANTES DE VIA TERRESTRE  
TRANSPORTADORAS OU NA

CE Nº 014927949717

84394586320  
ESTE E O SEU BILHETE  
PARA MAIS INFORMAC  
AS CONDIÇÕES GERA  
www.segurador  
SAC DPVAT 08

014927949717

PLACA 84394586320

CHASSI 9C2J3C4110DR413067

2013 125 FAN KS

2P/00CY/124CC

VERMELHA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

DAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
POR UM CARGA A PESSOA  
SEGURCO DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

08F5982

0 SEGURO DPVAT

IS, LEIA NO VERSO

DE COBERTURA

www.segurador

SAC DPVAT 08

014927949717

PLACA 84394586320

CHASSI 9C2J3C4110DR413067

2013 125 FAN KS

2P/00CY/124CC

VERMELHA

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80 11 0 32

DATA DE PAGAMENTO 08/02/2019

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA



14927949717

08F5982

535427689

COD. RENAVAM

NOTE/DOTE/DPVAT 2399

MOTOR: J001E1541305

08/02/2019

08/02/2019



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291985/20

**Vítima:** RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

**CPF:** 052.517.823-65

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/07/2020

**Titular do CPF:** RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA : 052.517.823-65**

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: 15/10/2020  
Nome: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA  
CPF: 052.517.823-65

\_\_\_\_\_  
RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

\_\_\_\_\_  
PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200369211 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/07/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P1/2-CIRURGIA P7/8/9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200369211 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/07/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 2º DEDO DA MÃO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P1/2-CIRURGIA P7/8/9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291985/20

**Vítima:** RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

**CPF:** 052.517.823-65

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/07/2020

**Titular do CPF:** RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA : 052.517.823-65**

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: 15/10/2020  
Nome: RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA  
CPF: 052.517.823-65

\_\_\_\_\_  
RAFAEL DOS SANTOS OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

\_\_\_\_\_  
PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA