

---

**Rio de Janeiro, 01 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210045712**

**Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 03/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ELIANO PEREIRA BARBOSA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210045712**

**Vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 03/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELIANO PEREIRA BARBOSA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/04/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210045712 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIANO PEREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 03/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 18/03/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO GLENOUMERAL À DIREITA  
FRATURA DO TUBÉRCULO MAIOR DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2,3

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO

**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 LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 807.933.553-20 4 - Nome completo da vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

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

5 - Nome completo: ELIANO PEREIRA BARBOSA 6 - CPF: 807.933.553-20  
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA ALVES DE LIMA 9 - Número: 815 10 - Complemento: AP 301 BLM QD02  
11 - Bairro: COLONIA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60337350  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 185) 988701298

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0031 CONTA: 00012969 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, FORTALEZA OU DE FEVEREIRO de 2011

Eliano Pereira Barbosa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 441 / 2021**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **04/02/2021 09:17:28**  
Data / Hora da Ocorrência: **03/11/2020 09:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R CORONEL MATOS DOURADO, 588, HENRIQUE JORGE - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **SUPERMERCADO DO POVO**

**Dados da(s) Vítima(s)**


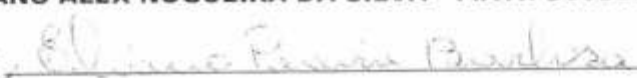
Nome: **ELIANO PEREIRA BARBOSA**  
Nascimento: **14/01/1981** CPF: **807.933.553-20**  
RG: **96007005100** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **AILA PEREIRA BARBOSA**  
**JOSE GOMES BARBOSA**  
Endereço: **RUA ALVES DE LIMA, 815 AP 301 B H Q 02**  
Bairro: **COLONIA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.337-350**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98837-8005**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: HYP7248 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC08107R083891 Renavam: 905663950 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: ELIANO PEREIRA BARBOSA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HYP-7248-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA CORONEL MATOS DOURADO E TINHA ACABADO DE CHOVER NO LOCAL E AO FREAM BRUSCAMENTE POR CAUSA DA PASSAGEM DE UM PEDESTRE NA VIA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTO E ACONTECEU A QUEDA DA MOTO NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR MEIOS PRÓPRIOS, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///  
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.  
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE**  
**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**   
**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**  
**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**   
**VISTO DO(A) DELEGADO(A):**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 441 / 2021**

**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 807.933.553-20 4 - Nome completo da vítima: ELIANO PEREIRA BARBOSA

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

5 - Nome completo: ELIANO PEREIRA BARBOSA 6 - CPF: 807.933.553-20  
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA ALVES DE LIMA 9 - Número: 815 10 - Complemento: AP 301 BLM 0202  
11 - Bairro: COLONIA 12 - Cidade: FORTALEZA 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60337350  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 185) 988701298

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0031 CONTA: 00012969 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, FORTALEZA OU DE FEVEREIRO de 2011

Eliano Pereira Barbosa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE <b>ELIANO PEREIRA BARBOSA</b>		Nº DO PRONTUÁRIO <b>268793</b>	Nº DO BE <b>389372</b>
CASSUS		NASCIMENTO <b>14/01/1981(39 ANOS)</b>	SEXO <b>M</b>
DOCUMENTOS <b>CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 807.933.553-20</b>		NOME MÃE <b>AILA PEREIRA BARBOSA</b>	
NOME RESPONSÁVEL <b>AMIGO-PEREIRA</b>		ENDEREÇO <b>TRAVESSA ALVES DE LIMA 815 CRISTO REDENTOR</b>	
MUNICÍPIO <b>FORTALEZA</b>	UF <b>CE</b>	CONTATO <b>(85)98837-8005</b>	
CEP <b>60.337-360</b>			

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIRA <b>REFERE DOR NO BRAÇO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO.</b>	MOTIVO <b>ACIDENTE DE MOTO</b>
SINTOMAS <b>NI</b>	ESCALA DE DOR <b>99 (ADULTO)</b>

SINAIS VITAIS

PESO <b>NI KG</b>	PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>	SAT O2 <b>NI%</b>	PULSO <b>NI</b>	GLICOSEMA <b>NI</b>
TEMPERATURA <b>NI °C</b>	ALERGIAS <b>NEGA</b>	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO <b>SILMARIA FREITAS GUERRA</b>		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO <b>03/11/2020 11:26:12</b>
CLASSIFICAÇÃO <b>VERDE</b>				

AREA ATENDIMENTO

AREA DE ATENDIMENTO  
**ATENDIMENTO TRAUMA**

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Profundo de um ombro  
Luxação do ombro*

DIAGNÓSTICO

EXAMES SOLICITADOS:  
 HC  SU  US ABDOMINAL  TC CRANIO  RAIO-X  OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>At ymero DA.</i>	<i>30/0072</i>	
<i>Rx ombro D AD</i>		

TIPO DE ALTA/BAIXA

ALTA/BAIXA:  
 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

Impresso por SILMARIA FREITAS GUERRA em 03/11/2020 às 11:26:14

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.

*Marcos Ramos*  
 Med. 45832  
 Coordenador do SAMU - METRAN

ELIANO PEREIRA BARBOSA



## CLÍNICA NOVA

Paciente: Eliano Pereira Barbosa

Idade: 39

29/12/2020

rua alves de lima - 815 - alvarado - (85) 98837-8005

CPF: 807.933.553-20 - Cidade: - Estado:

### Receituário

Solicito:

Tratamento Fisioterápico (30 ss).

Just: recuperação e manutenção da amplitude de movimentos (ativa e passiva) pós fratura do tubérculo maior do úmero e luxação gleno-umeral à direita.

Dr. Francisco De Assis Caminha Ximenes

CRM 4286 CE  
Dr. Fco. de Assis C. Ximenes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/CE: 4286 TEOT 11385

Rua Guilherme Kocho, nº326 - Centro | Fortaleza - Ce.

Fone: (85) 3048.0500 -  
[www.clinicanova.med.br](http://www.clinicanova.med.br)



RECEITA

Elaine Alves Costa

Prescrição

Exatidão de diagnóstico para melhor  
no caso de acidente com trauma  
- controle de alguns pontos específicos

Exatidão

2

*[Handwritten signature]*

14/01/25

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS  
PREJUDICAM A SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MEDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE ELIANO PEREIRA BARBOSA		Nº DO PROFISSIONÁRIO 268793	Nº DO UC 389372
CADSR/S		SEXO M	RACIA/COR PARDO
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 807.933.553-20		NOME MÃE AILA PEREIRA BARBOSA	
NOME RESPONSÁVEL AMIGO-PEREIRA		ENDEREÇO TRAVESSA ALVES DE LIMA 815 CRISTO REDENTOR	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CIDADÃO (85)98837-8005	
CEP 60.337-360			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/EDADE DO ACIDENTE			
CLASSE REFERE DOR NO BRAÇO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO.		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG		SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE		GLUCEMIA NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SILMARIA FREITAS GUERRA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 03/11/2020 11:26:12	
ÁREA DE ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATRIBUIÇÃO ATENDIMENTO TRAUMA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE <i>Depende de um ombro Luzerent do do-fer</i>			
DIAGNÓSTICO COD PROCEDIMENTO			
SADI SOLICITADO <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<i>At ymero DAI</i>	<i>30/0072</i>		
<i>Rx ombro D AD</i>			
TIPO DE ALTA/BAIXA <i>Adm</i>			
ALTA/BAIXA <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL		CARIMBO E ASSINATURA DO LÍQUIDO ESPECIALISTA	

Impresso por SILMARIA FREITAS GUERRA em 03/11/2020 às 11:26:14  
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

*Marcia Ramos*  
Mat. 25632  
Coordenadora do SAMU - 105444

ELIANO PEREIRA BARBOSA



RECEITA

Ethano Benz

M. Quimioterapia A 010  
sem comp de  
8 - 6 7

02/11/11  
[Signature]

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA  
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS.  
PREJUDICAM A SAUDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PABX (85) 34883210 CNPJ - 4.885.197/0010-35



## CLÍNICA NOVA

Paciente: Eliano Pereira Barbosa

Idade: 39

29/12/2020

rua alves de lima - 815 - alvaro ene - (85) 98837-8005

CPF: 807.933.553-20 - Cidade: - Estado:

### Receituário

Solicito:

Tratamento Fisioterápico (30 ss).

Just: recuperação e manutenção da amplitude de movimentos (ativa e passiva) pós fratura do tubérculo maior do úmero e luxação gleno-umeral à direita.

Dr. Francisco De Assis Caminha Ximenes

CRM 4286 CE  
Dr. Fco. de Assis C. Ximenes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/CE: 4286 TEOT 11385

Rua Guilherme Rocha, nº326 - Centro | Fortaleza -Ce.

Fone: (85) 3048.0500 -

[www.clinicanova.med.br](http://www.clinicanova.med.br)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

**Vítima:** ELIANO PEREIRA BARBOSA

**CPF:** 807.933.553-20

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 03/11/2020

**Titular do CPF:** ELIANO PEREIRA  
BARBOSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ELIANO PEREIRA BARBOSA : 807.933.553-20**

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: 05/02/2021  
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA  
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2021  
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ  
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

**Número do Sinistro:** 3210045712

**Vítima:** ELIANO PEREIRA BARBOSA

**CPF:** 807.933.553-20

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 03/11/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELIANO PEREIRA  
BARBOSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 03/03/2021  
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA  
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2021  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3210045712

Data da solicitação: DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Eliano Pereira Barbosa

CPF do beneficiário: 807.933.553-20

Nome do solicitante: Eliano Pereira Barbosa

CPF do solicitante: 807.933.553-20

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9-88701298 Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail: dpvataquiportal2@gmail.com

### 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(is) documentos estão sendo entregues:

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

(DESCREVER)

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

Venho por meio desta carta pedir aos senhores analistas para reaverem meu processo pois eu não concordo com o valor que me pagaram pois em base na documentação enviada e nunca marcaram uma perícia médica pra mim. Então peço que reavaliem minha situação pois até hoje eu me encontro com sequelas permanentes em decorrência deste acidente.

Fortaleza, 05/04/2021.

Eliano P. Barbosa

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/vítima não alfabetizado:

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

**Número do Sinistro:** 3210045712

**Vítima:** ELIANO PEREIRA BARBOSA

**CPF:** 807.933.553-20

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 03/11/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELIANO PEREIRA  
BARBOSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/04/2021  
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA  
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2021  
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ  
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040779/21

**Número do Sinistro:** 3210045712

**Vítima:** ELIANO PEREIRA BARBOSA

**CPF:** 807.933.553-20

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 03/11/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELIANO PEREIRA  
BARBOSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/04/2021  
Nome: ELIANO PEREIRA BARBOSA  
CPF: 807.933.553-20

ELIANO PEREIRA BARBOSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2021  
Nome: IVO SOUSA QUEIROZ  
CPF: 069.082.203-03

IVO SOUSA QUEIROZ