

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 237

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

23/08/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321020692601

**VALOR TOTAL:**

2.362,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO

**BANCO:** 237

**AGÊNCIA:** 05366

**CONTA:** 000000007736

---

---

**Número da Autenticação**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210206926 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/08/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NA MÃO ESQUERDA COM LESÃO DE PARTES MOLES E EXPOSIÇÃO ÓSSEA. P10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P58,59

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

**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 DA MÃO ESQUERDA.

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

B.A.T. - BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 15112019-0001

DECLARAÇÃO

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 03

NOME (letra de forma) JOSE VITOR SODRES DE ALENCAR COBAO SEXO  MASCULINO  FEMININO  
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF) 040714903-14 ÓRGÃO EMISSOR SSPDS UF CE DATA DE NASCIMENTO 22091997  
 ENDEREÇO DO CONDUTOR NÃO FOI INFORMADO  
 COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

O MEISMO ESTÁ EM AVALIAÇÃO MÉDICA, NÃO PODENDO RELATAR O OCORRIDO.  
 OS PAIS INFORMARAM QUE ARCA COM AS DESPESAS DO VEÍCULO (61).  
 (NÃO INFORMARAM O SEU ENDEREÇO.)

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.  
 (Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE  
 Crato-CE, 18 de NOVIEMBRO

ASSINATURA DO AGENTE  
 de 20 19

DECLARAÇÃO

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº

NOME (letra de forma) IDENTIDADE (R.G. OU CPF) ÓRGÃO EMISSOR UF DATA DE NASCIMENTO SEXO  MASCULINO  FEMININO  
 ENDEREÇO DO CONDUTOR COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

DEMUTRAN  
 CRATO - CEARÁ  
 PROTOCOLO GERAL  
 Nº \_\_\_\_\_  
 RECEBIDO  
 EM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AS \_\_\_\_ h

DEMUTRAN  
 AUTENTICAÇÃO  
 Está conforme o original  
 Crato, 27/11/19  
 Ass. do responsável

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.  
 (Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE  
 Crato-CE, de

ASSINATURA DO AGENTE  
 de 20

B.A.T. - BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 181/2019-0002

**DECLARAÇÃO**

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01

NOME (letra de forma) JOSE ALVARO DE MAGALHAES  
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF) 140886533-68 ÓRGÃO EMISSOR SSP UF CE DATA DE NASCIMENTO 11/03/1958  
 ENDEREÇO DO CONDUTOR AV. JOSE ALVES DE FIGUEIREDO N. 138  
 COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF  
 CENTRO 1193

SEXO  
 MASCULINO  
 FEMININO

HISTÓRICO DO ACIDENTE

**DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA**

Meu veículo estava estacionado em frente a minha residência, quando uma moto veio a colidir com o meu carro, vindo a parar manobrando em direção do automóvel.  
 Placas do veículo Ford Ka placa PNR 7030, de cor branca: Parachoque traseiro

**AUTENTICAÇÃO**  
Está conforme o original.  
Crato, 27/11/19

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.  
(Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE: [assinatura] de 18/11 de Novembro  
 ASSINATURA DO AGENTE: [assinatura] de 20/11

**DECLARAÇÃO**

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 02

NOME (letra de forma) FRAZES DE CLOVANE DUARTE DO NASCIMENTO  
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF) 163272378-60 ÓRGÃO EMISSOR SSP UF CE DATA DE NASCIMENTO 05/07/1968  
 ENDEREÇO DO CONDUTOR JOSE HENRIQUE BRAZILKES  
 COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF  
 FUNDAMENTOS 611 JUAZEIRO CE

SEXO  
 MASCULINO  
 FEMININO

HISTÓRICO DO ACIDENTE

**DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA**

HOMEM TENTOU ultrapassar o limite de velocidade com o carro que estava parado no canto direito com isso nessa cba. caiu e parou para socorrer o mesmo.

**DEMUTRAN**  
CRATO - CEARÁ  
PROTOCOLO GERAL  
Nº [número]  
RECEBIDO  
EM [data] AS [hora]

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.  
(Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE: [assinatura] de 18 de Novembro  
 ASSINATURA DO AGENTE: [assinatura] de 20/11

**B.A.T. - BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO** Nº

**DADOS DO ACIDENTE**

LOCAL DA OCORRÊNCIA RUA:  DATA:  HORA:

COMPLEMENTO:  BAIRRO:  NÚMERO:  MUNICÍPIO:  UF:

JURISDIÇÃO:  FEDERAL  ESTADUAL  MUNICIPAL

ZONA:  RURAL  URBANA  NÃO INFORMADO

NATUREZA DO ACIDENTE:  ABALROAMENTO  ATROPELAMENTO  ATROP. DE ANIMAL  CAPOTAGEM  COLISÃO  CHOQUE C/ OBJETO FIXO

CLASSIFICAÇÃO:  INCÊNDIO  NÃO INFORMADO  OUTROS

Nº DE VÍTIMAS: FERIDAS:  FATAIS:

SINALIZAÇÃO:  HORIZONTAL (PINTADA)  VERTICAL (PLACAS)  NÃO TEM

CONDIÇÕES DO TEMPO:  BOM  CHUVA  NEBLINA

ILUMINAÇÃO:  BOA  RUIM  REGULAR

CONDIÇÕES DA VIA:  SECA  MOLHADA  DANIFICADA  OLEOSA  EM OBRAS  OUTRAS

TIPO DE PAVIMENTO:  ASFALTO  TERRA  CASCALHO  CONCRETO  PARALELEPÍPADO  OUTRO

ACOSTAMENTO:  REGULAR  ESTRITO  NÃO TEM

**VEÍCULO E CONDUTOR**

NOME DO CONDUTOR: JOSE UITOR SOARES DE AZEVEDO LOBÃO SEXO:  MASCULINO  FEMININO

IDENTIDADE (R.G. OU CPF): 040714903-14 ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS UF: CE DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1999

ENDEREÇO DO CONDUTOR: MAU FOI INFORMADO

COMPLEMENTO:  BAIRRO:  NÚMERO:  MUNICÍPIO:  UF:

TIPO DE HABILITAÇÃO:  HABILITADO  INABILITADO  PERMISSIONADO  NÃO EXIGÍVEL  NÃO INFORMADO

PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 01082019 CATEGORIA: AB PRONTUÁRIO: 07308476234 UF: CE

TIPO DE VEÍCULO:  AUTOMÓVEL  BICICLETA  CAMINHÃO  CAMINHONETE  CAMIONETA  MICROÔNIBUS  ÔNIBUS  REBOQUE  SEMI-REBOQUE  NÃO INFORMADO

OUTRO: MOTONETA

PLACA: PNR 4725 UF: CE

MUNICÍPIO: ATACAPU

VEÍCULO MARCA/MODELO: HONDA/POP ESPÉCIE: MOTONETA

ESTADO DO VEÍCULO:  PEQUENA DANIF.  MÉDIA DANIF.  GRANDE DANIF.  NÃO INFORMADO

SEGURADORA:  DATA DA EMISSÃO:  BILHETE:  Nº DE PASSAGEIROS:

NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO NUNES CARVALHO

ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO:

COMPLEMENTO:  BAIRRO:  NÚMERO:  MUNICÍPIO:  UF:

**VEÍCULO E CONDUTOR Nº**

NOME DO CONDUTOR:  SEXO:  MASCULINO  FEMININO

IDENTIDADE (R.G. OU CPF):  ÓRGÃO EMISSOR:  UF:  DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO DO CONDUTOR:

COMPLEMENTO:  BAIRRO:  NÚMERO:  MUNICÍPIO:  UF:

TIPO DE HABILITAÇÃO:  HABILITADO  INABILITADO  PERMISSIONADO  NÃO EXIGÍVEL  NÃO INFORMADO

PRIMEIRA HABILITAÇÃO:  CATEGORIA:  PRONTUÁRIO:  UF:

TIPO DE VEÍCULO:  AUTOMÓVEL  BICICLETA  CAMINHÃO  CAMINHONETE  CAMIONETA  MICROÔNIBUS  ÔNIBUS  REBOQUE  SEMI-REBOQUE  NÃO INFORMADO

OUTRO:

PLACA:  UF:

MUNICÍPIO:

VEÍCULO MARCA/MODELO:  ESPÉCIE:

ESTADO DO VEÍCULO:  PEQUENA DANIF.  MÉDIA DANIF.  GRANDE DANIF.  NÃO INFORMADO

SEGURADORA:  DATA DA EMISSÃO:  BILHETE:  Nº DE PASSAGEIROS:

NOME DO PROPRIETÁRIO:

ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO:

COMPLEMENTO:  BAIRRO:  NÚMERO:  MUNICÍPIO:  UF:

**DE MUTRAN**  
**AUTENTICAÇÃO**  
Está conforme o original  
Crato, 27/11/24  
Ass. do responsável

**DE MUTRAN**  
**CRATO - CEARÁ**  
PROTOCOLO Nº 14  
RECEBIDO  
EM AS

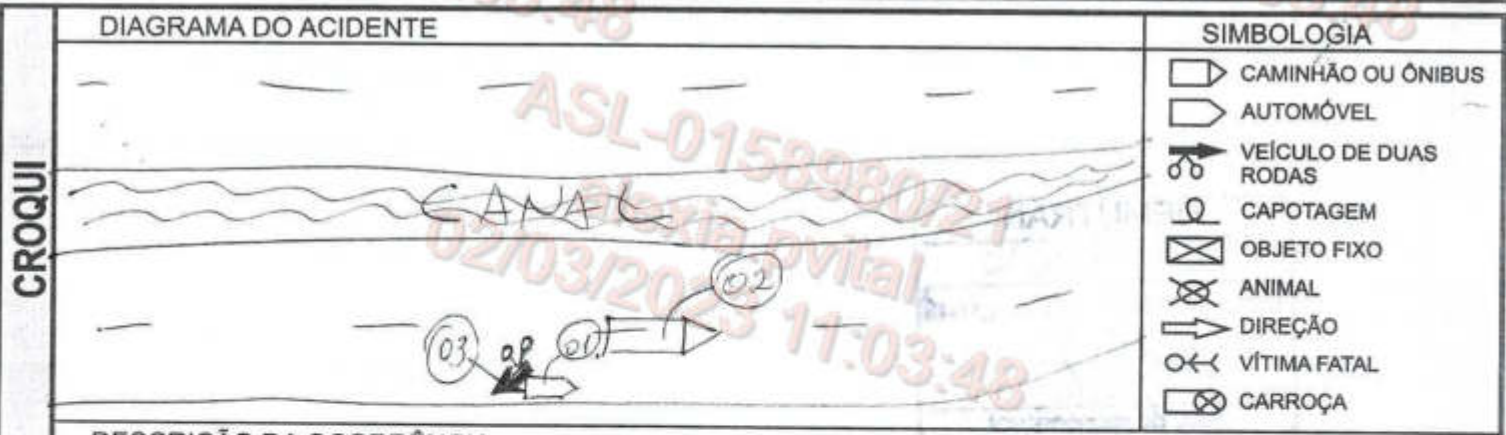
NOME: JOSE VITOR SOARES DE A. LOBÃO SEXO:  MASCULINO  FEMININO  
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF): 040414903-14 ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS UF: CE DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1999  
 ENDEREÇO: R. JOÃO ALVES RAOCHA  
 COMPLEMENTO: SEMINÁRIO BAIRRO: SEMINÁRIO NÚMERO: 678 MUNICÍPIO: CRATO UF: CE  
 TIPO DO ENVOLVIDO:  CONDUTOR  PASSAGEIRO  CICLISTA  PEDESTRE  MOTOCICLISTA  NÃO INFORMADO  OUTRO  
 FERIMENTO:  ILESO  FERIDO LEVE  FERIDO GRAVE  MORTO  
 USAVA O CINTO:  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO  
 CAPACETE:  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO  
 REMOVIDO:  SIM  NÃO  
 CONDUZIDO (A) PARA: SBC RAIMUNDO  
 VIAJA NO VEÍCULO Nº: 03

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMININO  
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF): \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 TIPO DO ENVOLVIDO:  CONDUTOR  PASSAGEIRO  CICLISTA  PEDESTRE  MOTOCICLISTA  NÃO INFORMADO  OUTRO  
 FERIMENTO:  ILESO  FERIDO LEVE  FERIDO GRAVE  MORTO  
 USAVA O CINTO:  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO  
 CAPACETE:  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO  
 REMOVIDO:  SIM  NÃO  
 CONDUZIDO (A) PARA: \_\_\_\_\_  
 VIAJA NO VEÍCULO Nº: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMININO  
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF): \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 TIPO DO ENVOLVIDO:  CONDUTOR  PASSAGEIRO  CICLISTA  PEDESTRE  MOTOCICLISTA  NÃO INFORMADO  OUTRO  
 FERIMENTO:  ILESO  FERIDO LEVE  FERIDO GRAVE  MORTO  
 USAVA O CINTO:  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO  
 CAPACETE:  SIM  NÃO  NÃO INFORMADO  
 REMOVIDO:  SIM  NÃO  
 CONDUZIDO (A) PARA: \_\_\_\_\_  
 VIAJA NO VEÍCULO Nº: \_\_\_\_\_

**DEMONSTRAN**  
**CRATO - CEARÁ**  
**PROTOCOLO GERAL**  
 Nº \_\_\_\_\_  
 EM \_\_\_\_\_ h  
 BAIRRO \_\_\_\_\_

**DEMONSTRAN**  
**AUTENTICAÇÃO**  
 Está conforme o original  
 MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 Crato, 21/11/11  
 Ass. de \_\_\_\_\_



**DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA**

AO CHEGARMOS NO LOCAL O MOTOCICLISTA JA HAVIA SIDO REMOVIDO PARA O HOSPITAL. SO ENCONTRAVA-SE NO LOCAL A MOTONETA POP 100 O CARRÃO DE ESTIMA ESTACIONADO, DANIFICADO SOMENTE A TRAVESSA. OS PAIS DO MOTOCICLISTA DISSERAM QUE ARCAVAM C/ O FRETADO DO VEICULO (01).

**HISTÓRICO DO AGENTE AO CHEGAR NO LOCAL**

VIATURA Nº: 06 HORA AÇIONADO: 1730 HORA CHEGADA: 1735 HORA TÉRMINO: 1820  
 ASSINATURA DO AGENTE: *Lucas*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 8780 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **05/12/2019 11:04:55**

Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2019 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AV JOSÉ ALVES DE FIGUEIREDO, CENTRO - CRATO/CE**

Ponto de Referência: **CEJA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO**

Nascimento: **22/09/1999** CPF: **040.714.903-14**

RG: **20076131836**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **VANESSA SOARES DE ALENCAR ALDEIRTON PAULA LOBÃO**

Endereço: **RUA DIÓGENES FRAZÃO, 223**

Bairro: **SEMINÁRIO**

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **63.100-000**

Telefone: **(88) 98156-9748**

**Noticiante(s)**

Nome: **NATÁLIA BEZERRA GONÇALVES**

Nascimento: **31/03/1997** CPF: **031.083.523-26**

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **KEILA BEZERRA GONÇALVES**

**DEMONTIE BEZERRA GONÇALVES**

Endereço: **RUA DIÓGENES FRAZÃO, 223**

Bairro: **SEMINÁRIO**

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 98156-9748**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMP9095** Uf: **CE** Município: **MARACANAU** Chassi: **9BM384067FB003441** Renavam: **1054055413** Tipo do Veículo: **ONIBUS** Marca / Modelo: **M.BENZ/MPOLO TORINO U** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **DIESEL** Cor: **PRATA** Proprietário: **AUTO VIACAO METROPOLITANA LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

2) Placa: **PNR4725** Uf: **CE** Município: **ARACATI** Chassi: **9C2JB0100KR323031** Renavam: **1200874401** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO NUNES CARVALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

ADVERTIDO das penas previstas nos arts. 171, 299, 339 e 340, todos do CPB, DISSE QUE ENTENDEU BEM AS ADVERTÊNCIAS ANTERIORMENTE

*Natália Bezerra Gonçalves*



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 8780 / 2019**

DITAS; QUE SEU COMPANHEIRO JOSÉ VÍTOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO GUIAVA A MOTO PLACA PNR 4725, QUANDO FOI COLHIDO PELO ÔNIBUS DA VIAMETRO DE PLACA PMP 9095, GUIADO POR FRANCISCO GIOVANE DUARTE DO NASCIMENTO; QUE DEVIDO AO ACIDENTE, SEU COMPANHEIRO TEVE A MÃO ATROPELADA, CAUSANDO GRAVES LESÕES; QUE O MOTORISTA NÃO PRESTOU NENHUM SOCORRO; QUE AO S. CAMILO, PORÉM FOI TRANSFERIDO AO HOSP. S. RAIMUNDO ONDE RECEBEU TRATAMENTO HOSPITALAR; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL, PORÉM FOI CIENTIFICADA DO PRAZO DECADENCIAL DE SEIS MESES PARA REPRESENTAÇÃO CONTRA O PILOTO, PORTANTO AQUI SE ENCERRAM OS TRABALHOS DA POLÍCIA JUDICIÁRIA CIVIL ESTADUAL; QUE CIENTIFICADO DE QUE QUALQUER FRAUDE SERÁ OBJETO DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL. E nada mais, encerrou-se o presente, que vai assinado PELA DECLARANTE e por mim, BEL. PEDRO JORGE ALVES SILVA, ESCRIVÃO de Polícia Civil que o digitei.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PEDRO JORGE ALVES SILVA - MAT.: 133991-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Natália Bezerra Gonçalves*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LOUISE ALINE XAVIER BRAGA PEREIRA - MAT.: 30120329**



# 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: 040.714.903-14 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO 6 - CPF: 040.714.903-14  
7 - Profissão: ENTREGADOR 8 - Endereço: RUA JOÃO ALVES ROCHA 9 - Número: CE 10 - Complemento: Nº: 678  
11 - Bairro: NOVO CRATO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63-113-080  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (88) 99421-1134

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:  RECLUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRAPESCO

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

AGÊNCIA: 5366 CONTA: 7736 4  
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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)  Divorçado  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) (nascido)?  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

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: CRATO - CE 17.08.2021

Jose Vitor Soares de Alencar Lobão

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DENAL 2007618183-6

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/11/2017

NOME JOSÉ VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO

FILIAÇÃO ALDEIRTON PAULA LOBÃO

VANESSA SOARES DE ALENCAR

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DOC. CRIBEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO-SEDE TERMO: 19657 FOLHA: 100 LIVRO: A

40 BEBERIDE - CE

CPF 040.714.903-14

2 VIA

DATA DE INSCRIÇÃO 22/09/1999

Página 0 de 0

ASSINADO DO DETRAN

LEI Nº 7.116 DE 2006/RS

P. : 6

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



José Vitor Soares de Alencar Lobão

LEI Nº 7.116 DE 2006/RS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:13



# 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: 040.714.903-14 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO 6 - CPF: 040.714.903-14  
7 - Profissão: ENTREGADOR 8 - Endereço: RUA JOÃO ALVES ROCHA 9 - Número: CE 10 - Complemento: Nº: 678  
11 - Bairro: NOVO CRATO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63-113-080  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (88) 99421-1134

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:  RECLUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BRAPESCO

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 5366 CONTA: 7736  
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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)  Divorçado  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) (nascido)?  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

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: CRATO - CE 17.08.2021

Jose Vitor Soares de Alencar Lobão

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



SÃO CAMILO

Hospital e Maternidade  
São Francisco de Assis

# TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA UNIDADES INTERNAS OU EXTERNAS

NOME: <u>JOSE VITOR SOARES DE A. ROSA</u>	LEITO: <u>102</u>	DATA DA INTERNAÇÃO: <u>18/11/19</u>
PRONTUÁRIO: <u>158980/21</u>	MÉDICO: <u>WALDIR WAGNER</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>

UNIDADE DE ORIGEM: <u>HMSFA - SB SÃO CAMILO</u>	UNIDADE DE DESTINO: <u>HOSP. SÃO RAIMUNDO</u>
---	---

DATA DA TRANSFERÊNCIA: <u>18/11/19</u>	HORA: <u>17h30min</u>
--	-----------------------

SINAIS VITAIS:	PA: _____ mmHg	FR: _____ ipm	T: _____ °C	FC: _____ bpm
----------------	----------------	---------------	-------------	---------------

Alergia(s)?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Qual?
Suporte de O <sub>2</sub> ?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Qual?
Acessos Vasculares?	( ) NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SIM Qual? <u>PERIFÉRICO</u>
Sondas?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Qual?
Drenos?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Descreva:
Ostomias?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Descreva:
Lesão de Pele?	( ) NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SIM Descreva: <u>MÃO ESQ.</u>
Outros Dispositivos?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Descreva:
Curativos?	( ) NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SIM Descreva: <u>MÃO ESQ.</u>
Isolamento?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Descreva:
Familiares Cientes?	( ) NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SIM Descreva: <u>NAO</u>
Médico Assistente informado?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Qual o nome do Médico:
Exames Pendentes?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) SIM Descreva:
Recomendações:	<u>ADOLESCENTE VEM DE PACIENTE MOTOCICLISTA PRESENTANDO FERIMENTO IMPORTANTE EM REGIÃO DORSAL DA MÃO ESQ. COM PERDA DE TECIDO E ROMPIMENTO DE TENDÕES. SOLICITO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA E RELATÓRIO TÉCNICO DE TENDÃO.</u>

INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PARA:

[Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

\_\_\_\_\_

3150027355

DATA ATEND	18/11/2019	Nº ATEND	592076
PACIENTE	JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO	SEXO	MASCULINO
DATA NASC	22/09/1999	IDADE	20
RG	20076131836	CPF	040.714.903-14
MÃE	VANESSA SOARES DE ALENCAR	BAIRRO	SEMINARIO
ENDERECO	RUA JOAO ALVES ROCHA 678 CASA	CEP	63132070
CIDADE	CRATO	UF	CE
TELEFONE 1	88996875987	TELEFONE 2	
PLANO DE SAUDE	BPA SUS	MEDICO	MARCEL DE ALENCAR PITA
		MATRICULA	1705305342925
		TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA MAIOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 18/11/2019 18:49 Término da Classificação: <B046XXX> 18:50  
Classificador.....: MAIRA SILVA DE SAMPAIO Coren: 279315  
Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA  
GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE  
QUEIXA: FERIMENTO GRAVE NO DORSO DA MÃO ESQ APÓS ACIDENTE DE TRANSITO  
ORIGEM: CASA  
TIPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO  
ENCAMINHAMENTO: DO HSF  
P.A.: 120X80 MMHG  
GLICEMIA CAPILAR: 1120 MG/DL

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE  
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO , APRESENTANDO LESAO ABRASIVA COM GRANDE PERDA DE SUBSTANCIA E TECIDCO COM PERDA DE SUBSTANCIA TENDINOSA ASSOCIADO

EXAME FÍSICO  
DOR DEFORMIDADE

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA  
LESAO EXTENSA DE MAO

CONDUTA  
ENCAMINHO AO REGIONAL

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

DR. MARCEL PITA  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 10671 RBOF 12915

Demarcio Gonçalves da Silva

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:33

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO  
FUNDAÇÃO LEONARDO BEZERRA  
MEMBRO DE MENEZES  
Atendimento em Urgência  
Assinatura de Responsável  
Rozoni  
Data: 28/11/19

**FICHA DE INTERNAÇÃO**  
 José Moraes Brito  
 Médico  
 CRM - 4741

Prontuário 159212  
 Internação 592086

Impresso 18/11/2019 20:53

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO Nasc.: 22/09/1999 Idade: 20 Sexo: M

Matricula: 705405402928195

Responsável: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR

Endereço: RUA JOAO ALVES ROCHA 678 CASA  
 Cidade: CRATO  
 Mãe: VANESSA SOARES DE ALENCAR  
 CPF: 040.714.903-14  
 Natural:  
 Profissão: ENTREGADOR

Bairro: SEMINARIO Cep: 6313207  
 Telefone: 88996875987  
 Pai: ALDEIRTON PAULA LOBAO  
 RG: 20076131836  
 Raça: PARDO  
 Est. Civil: SOLTEIRO

**DADOS DE ATENDIMENTO**

Médico: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO  
 Clínica: INTERN. CIRURGICA  
 Setor: POSTO MASCULINO  
 Acomodação: AM05  
 Leito: AM5.01

Data/Hora: 18/11/2019 20:44  
 Convênio: SUS INTERNADOS  
 Caráter: URGENCIA  
 Tipo Acomod: ENFERMARIA TRAUMATO  
 Atendente: GILVAN

**RESUMO DE TRATAMENTO**

HDA -

*Trauma grave mão e  
 em acidente de moto.*

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

**EXAME FÍSICO**

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AR

ABDÔMEN

NEUROLÓGICO

ECG

AO = RV = RM =

PUPILAS

**DIAGNÓSTICO**

CONDUTA

*Desbridamento cirúrgico.*

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

*Lesão Exposta mão e*

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS: 13150024355

TRASNF. P/ MÉDICO

ASSINATURA

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

19/11/2019

Paciente/Responsável

Médico(a): 007304 NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO  
CONVÊNIO SUS INTERNADOS  
21:07

LEITO AM5.01 ATENDIMENTO 592086  
MÉDICO NARCIZO DATA/HORA 18/11/2019

PACIENTE COM TRAUMA GRAVE NA MÃO ESQ, COM PERDA DE TECIDO CUTÂNEO E TENDÍNEO E COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

ININTERNADO PARA LIMPEZA CIRÚRGICA E DEBRIDAMENTO DO TECIDO DESVITALIZADO.

NECESSITA DE AVALIAÇÃO URGENTE DE CIRURGIA PLÁSTICA, PARA AVALIAR E PROVIDENCIAR COBERTURA CUTÂNEA.

NECESSITA D ETRATAMENTO COM CIRRUGIÃO D EMÃO / MICROCIRRURGIÃO PARA PROVIDENCIAR RECONTRUÇÃO DOS TENDÕES EXTENSORES AVULSIONADOS.

Médico(a): NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES  
CRM:007304-CE

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

PACIENTE: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO  
IDADE...: 20a 1m N° ATENDIMENTO: 592076  
MÉDICO...: MARCEL DE ALENCAR PITA

DATA DO RECEITUÁRIO: 18/11/2019

AO HOSPITAL REGIONAL

ENCAMINHO O PACIENTE JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO PERDA DE SUBSTANCIA E TECIDO COM GRANDE PERDA TENDINOSA ASSOCIADA . PACIENTE NECESSITA DE SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE PARA RESOLUÇÃO DO CASO ( CIRURGIA PLÁSTICA / CIRURGIA DE MÃO ).

Crato, 18 de novembro de 2019

MARCEL DE ALENCAR PITA CRM: 106671-CE-915

Dr. Marcel de Alencar Pita  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 106671-CE-915

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO  
AV. TEODORICO TELES N°99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160  
TEL: 088 3523.2600 | www.hsraimundo.com.br

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21  
alexia.pvital  
02/03/2023 11:04:33



## SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no Hospital São Raimundo são confidenciais e protegidas por legislação vigente, sendo assim, a liberação das cópias de prontuários só serão realizadas com a devida autorização do paciente ou de seu representante legal, sob autorização da lei. Desta forma, o acesso (total ou parcial) a quaisquer informações do prontuário do paciente somente será possível mediante a apresentação de consentimento, por escrito, do paciente ou de seu representante legal. Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, a autorização para acesso às informações do prontuário seguirá a seguinte ordem:

- Representante legal atuante de direito.
- Tutor, no caso de menores.
- Autoridade Judicial ou policial.

Segundo o parecer nº 8/10 do Conselho Federal de Medicina, a liberação do prontuário de paciente falecido só deve ocorrer mediante decisão judicial ou requisição dos Conselhos de Medicina (Federal e Regional). Salvas as exceções descritas, existe outra que decorre do ordenamento jurídico: os representantes legais de pessoas que não têm aptidão para praticar pessoalmente os atos da vida civil, como por exemplo, os pais de um menor da idade. Devem ser apresentados no momento da retirada do documento:

- Se pelo próprio paciente: documento de identificação com foto e assinatura.
- Se por terceiros e paciente lúcido: autorização do paciente, escrita de próprio punho, com firma reconhecida (o portador deve apresentar um documento de identificação com foto).

Os prazos estabelecidos para a entrega do documento solicitado são:

- Cópia integral ou parcial de prontuários: 30 (trinta) dias úteis, contados a partir da data do protocolo do pedido. Se por algum motivo, este prazo não puder ser cumprido será justificado a parte interessada estabelecendo um novo prazo que não ultrapasse os 40 dias (úteis).
- Declarações: 7 (sete) dias úteis.

Casos de extrema urgência, se comprovada, deverão ser submetidos à apreciação da Coordenação do SAME para análise da possibilidade de atendimento em menor prazo.

Os documentos ficarão disponíveis para retirada por 30 (trinta) dias. Após este período, os mesmos serão devolvidos para o SAME.

VALORES - CÓPIA INTEGRAL OU PARCIAL DE PRONTUÁRIOS EM PAPEL: R\$ 0,30 POR PÁGINA.

OBS 01: anexar à requisição cópia de documento que comprove o grau de parentesco indicado, se for o caso.

OBS 02: devido à alta demanda de solicitação de cópias, fornecer o pedido ao cliente mais de uma vez em um período de 03 meses, torna-se inadequável. Portanto, ao receber a cópia do prontuário, atendimento ou exames, antes de enviar para Seguradora ou qualquer que seja o destino, por precaução, queira guardar uma cópia em seu poder.

A solicitação deve ser feita pessoalmente no hospital de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h. O paciente precisa dirigir-se à recepção/ Serviço Social do Hospital. Para outros esclarecimentos, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), responsável pelos prontuários, atenda no telefone: RR 3523.2600.

Na oportunidade, o solicitante não se comprometer, sob as penas da lei, a não divulgar ou dar publicidade as referidas cópias, exceto para fins de solicitações jurídicas.

### SOLICITAÇÃO

TIPO:

- CÓPIA INTEGRAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO  
 CÓPIA PARCIAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO. QUAL PARTE? \_\_\_\_\_  
 DECLARAÇÃO. QUE TIPO DE DECLARAÇÃO? \_\_\_\_\_

DESCREVER O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

DADOS DO SOLICITANTE E PACIENTE:

O solicitante é:

- Próprio Paciente  Responsável pela Internação do Paciente  
 Representante Legal do Paciente  Autoridade Judicial ou Policial

Nome Completo do Paciente: Jose Vitor Soares De A. Junior RG: 20076131836

Nome Completo do Solicitante: Dátalia Bezerra Gonçalves RG: 20085053435

Telefone para Contato: 81569748 Período em que o paciente ficou internado no HSR: 18/11/19

Data da Solicitação: 28/11/19 Assinatura do Solicitante: Dátalia Bezerra Gonçalves

Funcionário responsável pela solicitação ao SAME: \_\_\_\_\_

Data Prevista de Entrega: 27/12/19