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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273600 **Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**

Data do Acidente: 16/02/2019 **Cobertura: DAMS**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

:

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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273600

Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273600 **Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**

Data do Acidente: 16/02/2019 **Cobertura: DAMS**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

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

Recebedor: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA
Valor: R$ 59,37
Banco: 001
Agência: 000005983-8
Conta: 000010008405-2
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder - DPVAT

Autorização de pagamento

No. DO SINISTRO _____

o.com.br ou ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALANN BRUNO MOTA FEITOSA,
PORTADOR/A DO RG No.: 2003012034962 EXPEDIDO POR _____ EM 18/11/2014 E
CPF 029557013-00 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO ESTUDANTE E RENDA MENSAL DE R$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALANN BRUNO MOTA FEITOSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☒ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE** (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA 5983-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR.
No. DE CONTA CORRENTE 8405-0

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
No. BANCO 237 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
No. BANCO 341 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
No. BANCO 194 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

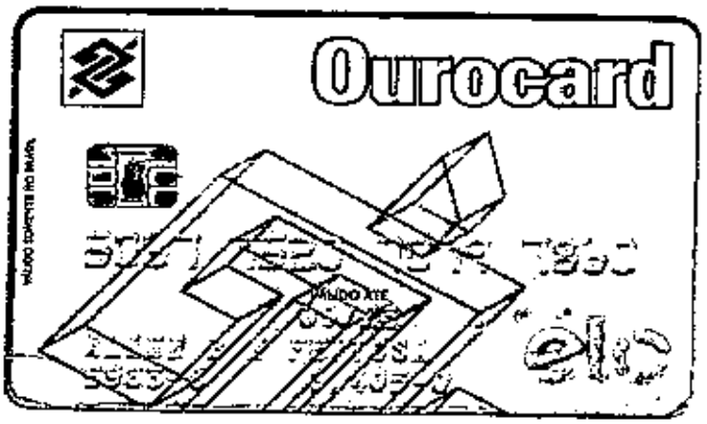
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em contas salário (INSS), conta fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou contas conjuntas **quando o beneficiário não for o titular da conta**;
- Não se esqueça de informar os dígitos das agências, caso o dígito exista, principalmente do Banco Bradesco;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ativa;
- Indique corretamente se a conta informada é poupança ou conta corrente;
- Tenha sempre um documento bancário para conferência da sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL ALVABA - PARÁ DATA 28/03/19

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Alann Bruno Mota Feitosa



Agencia: 5983-8
Conta Corrente: 8405-0

ALANN BRUNO MOTA FEITOSA.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

boletim de ocorrencia

FLS.

Impresso nº 2019202600

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 922 / 2019

RECEBIDO
04 ABR 2019
Seguradora Líder DPVAT

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2019 07:50:20**
Data / Hora da Ocorrência: **16/02/2019 02:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 176**
Complemento:
Bairro: Município: **TAUA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A STAR HOUSE**

Noticiante(s)

Nome: **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**
Nascimento: **23/09/1990** CPF: **029.557.013-00**
RG: **2003012034962** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA SOCORRO MOTA BARBOSA FEITOSA**
ANTONIO DE MORAES FEITOSA NETO
Endereço: **RUA JOSE FERREIRA BARBOSA , 113**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **AIUABA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99742-7741**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMS3667** Uf: **CE** Município: **AIUABA** Chassi: **9C6DG2510F0002006** Renavam: **1038216530** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA** Proprietário: **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu hoje o (a)queixoso (a), na sede desta 14º Delegacia Regional de Policia Civil de Tauá-CE, ONDE DISSE QUE: na data do dia 16/02/2019, por volta das 02h00min, o noticiante/vítima se envolveu em um acidente de trânsito no momento em que conduzia sua motocicleta de placas da marca e modelo YAMAHA/XTZ 150 DE PLACA PMS-3667; QUE a vítima trafegava pela CE 176, momento em que perdeu o controle da moto, vindo a cair ao solo; QUE logo após o acidente ainda conseguiu levantar-se e conduzir sua moto até em casa, momento em que foi socorrido por seu genitor ANTONIO DE MORAES FEITOSA NETO ao hospital municipal de Aiuaba e, posteriormente, ao Hospital Regional de Juazeiro do Norte; QUE em razão do acidente sofreu várias escoreações pelo corpo, notadamente no braço direito e perna direita, além de fratura no rosto; QUE ficou internado por 06 dias no hospital; QUE apresentou como testemunhas: ANTONIO DE MORAES FEITOSA NETO, podendo ser encontrado no endereço do Declarante, e ELISÂNGELA PEREIRA GOMES DE CASTRO, podendo ser encontrada na Rua Armando Arraes, 18, Boa Vista, Aiuaba-Ce, todos residentes em Aiuaba/CE. E NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, QUE AS INFORMÇÃO PRESTADAS NESTE BOLETIM SÃO DE INTEIRA RESPONSABILDADE DO NOTICIANTE, TAUA-CE.

FLS _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2019202600

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 922 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

Marcelo Bezerra Pereira
MAT: 301189-2-8
Escrivão de Polícia Civil

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MARCELO BEZERRA PEREIRA - MAT.: 30118928

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Flenn Bruno Mota Feitosa

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
RITIANE OLIVEIRA DA SILVA - MAT.: 30119665

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA
Endereço: IRMA HELENA HILTA ROCHA **Idade:** 28 ano(s) 4 **Prontuário:** 171339
Bairro: CAMPO ALEGRE **UF:** CEARÁ **Sexo:** Masculino
CEP: 63010-000 **Num:** . **Cidade:** JUAZEIRO DO NORTE

Localização
Clinica: CLINICA CIRURGICA II **Enfermaria:** 02 **Leito:** 607
Internação 18/02/2019 20:39 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Comprovacao de ato declaratorio

Relatório
Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico
PACIENTE ENVOLVIDO EM ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (S.I.C.) APRESENTOU escoriações em diversas áreas do corpo e laceração em supercílio direito. apresentou FRATURA zigomático ORBITÁRIA A DIREITA COM POUCO DESLOCAMENTO E POUCA REPERCUSSÃO ESTÉTICA. PACIENTE PREFERE NÃO REALIZAR ABORDAGEM CIRÚRGICA. PACIENTE LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALIDADES. no momento consciente, orientado, eupneico, diurese presente. evacuação ausente sem queixas abdominais. edema mínimo e leve perda de projeção antero posterior. APRESENTA CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR COM ALTA AMBULATORial.

Exames Realizados
EXAME CLÍNICO + EXAMES DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS

Terapêutica Utilizada
TERAPIA DE SUPORTE CLINICO

Diagnóstico
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Condições de Alta
Melhorado

Data Programada da Alta: 21/02/2019

Observações Complementares
RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CTBMF EM 15 DIAS COM QUALQUER DOS PROFISSIONAIS CONFORME DISPONIBILIDADE DE VAGA. RETORNAR À EMERGÊNCIA DO HRC EM CASO DE NECESSIDADE

Responsável
Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI
Data: 21/02/2019

Dr. Francisco Aurélio L. Sandrini
Cirurgião Bucomaxilo Facial
CRO-CE 6046

	Agendamento	
Dr. Eduardo		
Data: 13/03/19	Data:	Data:
Hora: 8:00h	Hora:	Hora:
Código 97227.	Código	Código

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 59,37

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05983-8

CONTA: 000010008405-2

Nr. da Autenticação E831FD86605E4E03

Comprovante de residência

INFORMAÇÕES CLIENTE
4092106
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 567724034

Rota 18 16010 01 136600 - 8 Data de Emissão 27/03/2019

Nome MARIA SOCORRO MOTA BARBOSA FEITOSA

End. Postal RU JOSE FERREIRA BARBOSA 00113
CENTRO - AIUABA - 63575000

Medidor 1991135 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 422597893-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2019	27/03/2019	26/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda [illegible]

Conjunto Jan/2019 DEC: 63.67

Mês DECRI= 0.00 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5.31	10.62	21.25	0.00	0.00	0.00
FIC	3.23	6.47	12.95	0.00	0.00	0.00
DMIC	3.83			0.00		

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
196.83	27.00%	53.14

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
4A65.E719.1FF8.C3D2.22EE.945C.AD09.B2D2

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
FP 13436	13158	1.00	278	0.00	278	0.708005	196.83
27/03/19	28/02/19		32 DIAS		278		196.83

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	196,83
MULTA MORATORIA REF 02/2019	3,49
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,76
JUROS DO MES	2,51
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	43,35
SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0800 600 0560	5,19

VENCIMENTO 03/04/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 253,13

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Geração	75.85
Transmissão	7.98
Distribuição	42.64
Encargos Setoriais	11.43
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	59.93
TOTAL	196.83

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh/mês)

Mar/18	Fev/18	Jan/18	Dez/17	Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17
262	278	238	266	211	340	235	269	349	245	277	228	216

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)

Compensem suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido	Compensado (CO_2)	Consciência Ecológica (% CO_2)
1000,83	0,00	

Comprovante de despesas medicas

FARMACIA GENTIL

FRANCISCO RIVAILDON TELES BRAGA
R BARBARA DE ALENCAR, 00816
CENTRO - CRATO - 63100-000
CNPJ:06039028000380 IE:000060754850

Extrato N°: 27110
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

#|COD|DESC|QTD|UN| VL UN R$|(VLTR R$)*| VL ITEM R$

001 00015881 CONTRAC 1 UND X 64,530 (8,68)	64,53
Desconto	-5,16
Valor Liquido	58,37
Subtotal	64,53
Descontos	5,16
TOTAL R$	**59,37**
Cartão de Crédito	59,37

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE
CX:01 TU:02 OP:0271 VO:0289
MAIS OPCOES POR SUA SAUDE

Valor aproximado dos Tributos deste Cupom (Conforme Lei Fed. 12.741/2012)	8,68

* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT N°: 230084123
13/03/2019 12:52:24
2319 0306 0390 2800 0380 5923 0004 1230 2711 0182 1467

CÓPIA

Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota", disponível na AppStore (Apple) e PlayStore (Android)
AlyPharma - Via Lógica Sistemas - www.viologicasistemas.com.br

RECIBO SIMPLES

Recebi do Sr./Empresa Alann Bruno Mota Feitosa
a quantia de
Trezentos e oitenta reais (R$ 380,00)
correspondendo a Tomografia Computadorizada de Crânio.

E, para maior clareza, afirmo o presente
16 de Fevereiro de 20 19.

CÓPIA

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

SUS HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: **21/02/2019 10:20:30**

Do(a) Sr(a): **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**

PRONTUÁRIO nr: 171339
ATENDIMENTO nr: 472691

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 18/02/2019 a 21/02/2019.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CLINICA CIRURGICA II	4 dia(s)	R$ 680,45	R$ 2.721,80

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R$ 2.721,80**

Atenciosamente,
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

Nome: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

USO INTERNO

R/

1- DIPIRONA 500 mg_____10 COMPRIMIDOS
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6 hs, se NECESSÁRIO (dor).

USO TÓPICO

2 – A.G.E._____01 FRASCO
Aplicar nos ferimentos 2x ao dia, por 15 dias.

Juazeiro do Norte – CE, 21 de Fevereiro de 2019

Dr. Francisco Aurélio L. Sandri
Cirurgião Bucp Maxilo Facial
CRO-CE: 8068

Assinatura e Carimbo

Comprovante de despesas medicas

FARMACIA GENTIL

FRANCISCO RIVAILDON TELES BRAGA
R BARBARA DE ALENCAR, 00816
CENTRO - CRATO - 63100-000
CNPJ:06039028000380 IE:000060754850

Extrato N°: 27110
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

#|COD|DESC|QTD|UN| VL UN R$|(VLTR R$)*| VL ITEM R$

001 00015881 CONTRAC 1 UND X 64,530 (8,68)	64,53
Desconto	-5,16
Valor Liquido	58,37
Subtotal	64,53
Descontos	5,16
TOTAL R$	**59,37**
Cartão de Crédito	59,37

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE
CX:01 TU:02 OP:0271 VO:0289
MAIS OPCOES POR SUA SAUDE

Valor aproximado dos Tributos deste Cupom (Conforme Lei Fed. 12.741/2012)	8,68

* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT N°: 230084123
13/03/2019 12:52:24
2319 0306 0390 2800 0380 5923 0004 1230 2711 0182 1467

CÓPIA

Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota", disponível na AppStore (Apple) e PlayStore (Android)
AlyPharma - Via Lógica Sistemas - www.viologicasistemas.com.br

RECIBO SIMPLES

Recebi do Sr./Empresa Alann Bruno Mota Feitosa
a quantia de
Trezentos e oitenta reais (R$ 380,00)
correspondendo a Tomografia Computadorizada de Crânio.

E, para maior clareza, afirmo o presente
16 de Fevereiro de 20 19.

CÓPIA

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE

SUS HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS HOSPITALARES

Emitido em: **21/02/2019 10:20:30**

Do(a) Sr(a): **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**

PRONTUÁRIO nr: 171339
ATENDIMENTO nr: 472691

A direção do HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC e sua equipe de profissionais tiveram grande satisfação em atendê-lo(a) nos serviços descritos abaixo, no período de: 18/02/2019 a 21/02/2019.

UNIDADE	Nr DIÁRIAS/Horas	Vr DIÁRIA/Horas	Valor TOTAL
CLINICA CIRURGICA II	4 dia(s)	R$ 680,45	R$ 2.721,80

Portanto o seu tratamento e permanência hospitalar geraram uma despesa de **R$ 2.721,80**

Atenciosamente,
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC

Nome: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

USO INTERNO

R/

1- DIPIRONA 500 mg_____10 COMPRIMIDOS
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6 hs, se NECESSÁRIO (dor).

USO TÓPICO

2 – A.G.E._____01 FRASCO
Aplicar nos ferimentos 2x ao dia, por 15 dias.

Juazeiro do Norte – CE, 21 de Fevereiro de 2019

Dr. Francisco Aurélio L. Sandri
Cirurgião Bucp Maxilo Facial
CRO-CE: 8068

Assinatura e Carimbo

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

ISGH | Governo do Estado do Ceará

Organização Social mantida com recursos públicos orçamentários de seus tributos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Alanna Bruna | PRONTUÁRIO:

P/ USO TÓPICO

(1) Contracutex (gel) 1 frasco

Aplicar 2X ao dia, com leve massagem.

Eduardo F. C. Moreno
CIRURGIÃO-DENTISTA
ESPECIALIDADE FACIAL
CRO-CE 7475

DATA: 13/03/19

MÉDICO CREMEC

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO

RUA JOSÉ MORAES FEITOSA, S/N – CEP: 63575-000 CNES:2560992

ARIAHA – CEARÁ

BOLETIM DE CONSULTA MÉDICA E/OU DO PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

NOME DO PACIENTE:	IDADE	SEXO
ALAN BRUNO MOTA FEITOSA	29	M

NOME DA MÃE:	DATA DE NASCIMENTO:
MARIA DO SOCORRO MOTA BARBOSA	23/09/90

NOME DO PAI:	Nº CARTÃO DO SUS
ANTONIO DE MORAES FEITOSA ANDRADE	

ENDEREÇO:	TELEFONE:
RUA JOSÉ FERREIRA BARBOSA, 113	

NOME DO RESPONSÁVEL:	PARENTESCO

TEMP:	PULSO:	P.A.:	HGT:	SPO2:	Hora:	PSF:	Nº IDENTIDADE DO PACIENTE
°C	bpm	120 x 80 mmHg	mg/dL	98 %		SCDE	

QUEIXA DO PACIENTE:

.c

HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente trazido ao hospital alcoolizado, após queda de próprio altura, dia 9, Relata amnésia do evento. Nega vômitos. Ao exame, alcoolizado, obedece comandos, consciente, ECG 14 (Ro 3, Rv 5, RM 6) pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausculta respiratória sem alterações, abdome flácido, depressível, indolor. Solução de continuidade em supercílio à direita, aproximadamente 3 cm de extensão, sem sangramento ativo e sem contaminação grosseira.

CO: - Realizo sutura do ferimento com fio Nylon 3-0

- Solicito TC de crânio sem contraste com urgência em Hospital de Tauá (Conversei com a mãe do paciente, a mesma refere que está providenciando o exame particular hoje pela manhã)

EXAME FISICO

- Mantenho em observação clínica.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

CONFORME ORIGINAL 14/03/19 Hospital Nossa Senhora do Patrocínio

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO: TCE ?

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: Antonio de Moraes Feitosa Mota

DATA:	HORA:	ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO
16/02/19	03:15h	Ryana Rocha MÉDICA CRM-PE 27.775

CONSULTA MÉDICA ☐

DESTINO PACIENTE APÓS 04 A 24 HORAS

☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAMENTO ☐ TRANSFERIDO ☐ ÓBITO

DATA:	ASSINATURA DO MEDICO ASSISTENTE:	ASSINATURA DO DIRETOR CLINICO DA UNIDADE
___/___/___		

queda de motocicleta

PLANO TERAPEÚTICO

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	Hora	Resp	Temp	Pressão Arterial
	1. SG 5% 500mL EV		18/02/19 às 03:15h	03:15			120/80
	2. Complexo B 1 amp. no soro	03:40	paciente deseu-	06:9			120x80
	3. Bromoprida 5 mg/mL, 1 amp + AD EV		trada na urgência				
	Brena Rocha MÉDICA CRM-PE 27.775	Jaqueline dos Santos Garcia Coren-PE 1341032-TE	última de cavalo de moto, alcoolizado apresentando lesão em supercílio D e escoriações superfi-				
	Às 06:45, acordo o paciente, o mesmo acorda, mas desperta ao estímulo verbal e obedece comandos. Nega queixas. ECG 14 (Ao.3, RV.5, RM.6). PA = 120x80 mmHg		ciais em MMSS e MMII. realizado limpeza, sutura e curativo, fica em observação.				
	CD: - Mantenha em observação clínica - Aguarda realização de TC de crânio já solicitada.			Hora	Resp	Resp	HGT
	Brena Rocha MÉDICA CRM-PE 27.775		08:50h - encaminhado p/ realizar TC de crânio em maca acompanhado pela TE Tamires e o enfermeiro Agostinho.				
	DFO (17.100 ml EV) Dipirona 1g (IV suspensa) Metoclopramida 10 mg Dipirona 1 amp	11h					
		Tamires Diaz de Oliveira Coren-CE 785247 TE					

EVOLUÇÃO MÉDICA

TERRADIC
telediagnóstico por imagem

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO
NOME: ALLAN BRUNO MOTA FEITOSA **IDADE:** 28 anos
DATA DO LAUDO: 16-02-2019
MÉDICO SOLICITANTE: DRA BRENA

LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 4 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Parênquima cerebral homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substância branca e cinzenta.

Ventrículos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.

Sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas anatômicas.

Elementos da fossa posterior sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame tomográfico dentro dos padrões da normalidade.

OBS: fraturas do arco zigomático e paredes ósseas do seio maxilar direitos. Material denso hemorrágico no seio maxilar direito.

ED WILSON CUSTÓDIO FRANCELINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM [illegible]9325

ATESTADO

Atesto para fins trabalhistas, que **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**, Prontuário: **171339**, esteve internado neste hospital de 16/02/2019 à 21/02/2019. O mesmo necessitará de repouso domiciliar por 10 (dez) dias a contar de hoje para seu restabelecimento e retorno às atividades laborativas.

CID 10: S 02.4 (Paciente autorizou divulgação do C.I.D.)

Juazeiro do Norte – CE, 21 de Fevereiro de 2019.

Dr. Francisco Aurélio L. Sandrin
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-CE: 8048

Assinatura e Carimbo Médico

Dr. Francisco Aurélio L. Sandrin
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-CE: 8048

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

ISGH | Governo do Estado do Ceará

Organização Social mantida com recursos públicos orçamentários de seus tributos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Alanna Bruna | PRONTUÁRIO:

P/ USO TÓPICO

(1) Contracutex (gel) 1 frasco

Aplicar 2X ao dia, com leve massagem.

Eduardo F. C. Moreno
CIRURGIÃO-DENTISTA
ESPECIALIDADE FACIAL
CRO-CE 7475

DATA: 13/03/19

MÉDICO CREMEC

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO

RUA JOSÉ MORAES FEITOSA, S/N – CEP: 63575-000 CNES:2560992

ARIAHA – CEARÁ

BOLETIM DE CONSULTA MÉDICA E/OU DO PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

NOME DO PACIENTE:	IDADE	SEXO
ALAN BRUNO MOTA FEITOSA	29	M

NOME DA MÃE:	DATA DE NASCIMENTO:
MARIA DO SOCORRO MOTA BARBOSA	23/09/90

NOME DO PAI:	Nº CARTÃO DO SUS
ANTONIO DE MORAES FEITOSA ANDRADE	

ENDEREÇO:	TELEFONE:
RUA JOSÉ FERREIRA BARBOSA, 113	

NOME DO RESPONSÁVEL:	PARENTESCO

TEMP:	PULSO:	P.A.:	HGT:	SPO2:	Hora:	PSF:	Nº IDENTIDADE DO PACIENTE
°C	bpm	120 x 80 mmHg	mg/dL	98 %		SCDE	

QUEIXA DO PACIENTE:

.c

HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente trazido ao hospital alcoolizado, após queda de próprio altura, dia 9, Relata amnésia do evento. Nega vômitos. Ao exame, alcoolizado, obedece comandos, consciente, ECG 14 (Ro 3, Rv 5, RM 6) pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausculta respiratória sem alterações, abdome flácido, depressível, indolor. Solução de continuidade em supercílio à direita, aproximadamente 3 cm de extensão, sem sangramento ativo e sem contaminação grosseira.

CO: - Realizo sutura do ferimento com fio Nylon 3-0

- Solicito TC de crânio sem contraste com urgência em Hospital de Tauá (Conversei com a mãe do paciente, a mesma refere que está providenciando o exame particular hoje pela manhã)

EXAME FISICO

- Mantenho em observação clínica.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

CONFORME ORIGINAL 14/03/19 Hospital Nossa Senhora do Patrocínio

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO: TCE ?

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: Antonio de Moraes Feitosa Mota

DATA:	HORA:	ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO
16/02/19	03:15h	Ryana Rocha MÉDICA CRM-PE 27.775

CONSULTA MÉDICA ☐

DESTINO PACIENTE APÓS 04 A 24 HORAS

☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAMENTO ☐ TRANSFERIDO ☐ ÓBITO

DATA:	ASSINATURA DO MEDICO ASSISTENTE:	ASSINATURA DO DIRETOR CLINICO DA UNIDADE
___/___/___		

queda de motocicleta

PLANO TERAPEÚTICO

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	Hora	Resp	Temp	Pressão Arterial
	1. SG 5% 500mL EV		18/02/19 às 03:15h	03:15			120/80
	2. Complexo B 1 amp. no soro	03:40	paciente deseu-	06:9			120x80
	3. Bromoprida 5 mg/mL, 1 amp + AD EV		trada na urgência				
	Brena Rocha MÉDICA CRM-PE 27.775	Jaqueline dos Santos Garcia Coren-PE 1341032-TE	última de cavalo de moto, alcoolizado apresentando lesão em supercílio D e escoriações superfi-				
	Às 06:45, acordo o paciente, o mesmo acorda, mas desperta ao estímulo verbal e obedece comandos. Nega queixas. ECG 14 (Ao.3, RV.5, RM.6). PA = 120x80 mmHg		ciais em MMSS e MMII. realizado limpeza, sutura e curativo, fica em observação.				
	CD: - Mantenha em observação clínica - Aguarda realização de TC de crânio já solicitada.			Hora	Resp	Resp	HGT
	Brena Rocha MÉDICA CRM-PE 27.775		08:50h - encaminhado p/ realizar TC de crânio em maca acompanhado pela TE Tamires e o enfermeiro Agostinho.				
	DFO (17.100 ml EV) Dipirona 1g (IV suspensa) Metoclopramida 10 mg Dipirona 1 amp	11h					
		Tamires Diaz de Oliveira Coren-CE 785247 TE					

EVOLUÇÃO MÉDICA

TERRADIC
telediagnóstico por imagem

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO
NOME: ALLAN BRUNO MOTA FEITOSA **IDADE:** 28 anos
DATA DO LAUDO: 16-02-2019
MÉDICO SOLICITANTE: DRA BRENA

LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 4 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Parênquima cerebral homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substância branca e cinzenta.

Ventrículos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.

Sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas anatômicas.

Elementos da fossa posterior sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame tomográfico dentro dos padrões da normalidade.

OBS: fraturas do arco zigomático e paredes ósseas do seio maxilar direitos. Material denso hemorrágico no seio maxilar direito.

ED WILSON CUSTÓDIO FRANCELINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM [illegible]9325

ATESTADO

Atesto para fins trabalhistas, que **ALANN BRUNO MOTA FEITOSA**, Prontuário: **171339**, esteve internado neste hospital de 16/02/2019 à 21/02/2019. O mesmo necessitará de repouso domiciliar por 10 (dez) dias a contar de hoje para seu restabelecimento e retorno às atividades laborativas.

CID 10: S 02.4 (Paciente autorizou divulgação do C.I.D.)

Juazeiro do Norte – CE, 21 de Fevereiro de 2019.

Dr. Francisco Aurélio L. Sandrin
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-CE: 8048

Assinatura e Carimbo Médico

Dr. Francisco Aurélio L. Sandrin
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-CE: 8048

Documentos de identificação

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 ESTÉTICAS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2003012034962

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/11/2014

NOME
ALANI BRUNO MOTA FEITOSA

FILIAÇÃO
ANTÔNIO DE MORAES FEITOSA NETO
MARIA SOCORRO MOTA BARBOSA FEITOSA

NATURALIDADE
CRATO - CE

DATA DE NASCIMENTO
23/09/1998

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:9187 FOLHA:378 LIVRO:A
32 AIUABA - CE
CPF 029.557.813-00

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 56

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros

ASL-0125788/19

Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Data do acidente: 16/02/2019

CPF: 029.557.013-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALANN BRUNO MOTA FEITOSA : 029.557.013-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/04/2019	Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA	Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 029.557.013-00	CPF: 131.414.327-16
ALANN BRUNO MOTA FEITOSA	Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALANN BRUNO MOTA PEITOSA

DATA DO ACIDENTE 16/02/19 CPF DA VÍTIMA 029557013-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALANN BRUNO MOTA PEITOSA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ALANN BRUNO MOTA PEITOSA.

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSE FERREIRA BARBOSA

Nº 113 COMPLEMENTO CASA BAIRRO BOA VISTA

CIDADE ARARIPE UF CE CEP 63575-000

E-MAIL mabpeitosa@gmail.com TELEFONE (88) 997427741

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28/03/19

IDENTIDADE 2003012034962

ASSINATURA Alann Bruno Mota Peitosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 28/03/2019 MATR. CORREIOS 1111683

NOME FRANCISCO LEONARDO PEITOSA DE OLIVEIRA

ASSINATURA

PARECER DE DAMS

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190273600
Data do acidente: 16/02/2019
Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA
Atendimento: HOSPITAL
Cidade: Tauá
UF: CE
Análise: Primeira Análise
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A
Data: 26/04/2019 08:25:05

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE FRAT DOS OSSOS MALARES E MAXILARES -
Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO
Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.10.01.01-0	TC - CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	380,00	0,00
Farmácias			59,37	59,37
Total da Análise Atual			**439,37**	**59,37**

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: RECIBO NO VALOR DE R$ 380,00 NÃO FOI AVALIADO,VISTO QUE, É NECESSÁRIO O ENVIO DE NOTA FISCAL OU RECIBO DEFINITIVO INTEGRALMENTE PREENCHIDO E NA FORMA ORIGINAL.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	439,37	59,37	59,37
Total da Análise Atual	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**439,37**	**59,37**	**59,37**

TOTAL PLEITEADO: 439,37 **TOTAL AVALIADO:** 59,37 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 59,37

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125788/19

Vítima: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Data do acidente: 16/02/2019

CPF: 029.557.013-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALANN BRUNO MOTA FEITOSA : 029.557.013-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/04/2019	Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: ALANN BRUNO MOTA FEITOSA	Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 029.557.013-00	CPF: 131.414.327-16
ALANN BRUNO MOTA FEITOSA	Karen Rosa de Oliveira Azevedo