



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL
Impresso nº 2019427137



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 2741 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/06/2019 10:19:32**
Data / Hora da Ocorrência: **01/07/2018 23:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TORREON**
Complemento:
Bairro: **PQ POTIRA / JUREMA** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU**
Nascimento: **19/03/1992** CPF: **046.778.063-30**
RG: **200801011375** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA ELISABETE ALVES DE ABREU**
PAULO CESAR XAVIER DE ABREU
Endereço: **RUA CARLOS CHAGAS, 957 FUNDOS**
Bairro: **BONSUCESSO**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Nome: **JOSE JAIRO BEZERRA DE MENEZES LUCAS**
Nascimento: **18/09/1982** CPF: **666.865.203-49**
RG: **99002058331** Orgão Emissor: **SSP-CE**
Filiação: **VERA LUCIA BEZERRA DA SILVA**
FRANCISCO DE ASSIS BEZERRA DE MENEZES LUCAS
Endereço: **RUA CARLOS CAMARA, 1485**
Bairro: **DAMAS**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98854-0183**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYC1185** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2MC35008R005417 Renavam: **934571902** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER** Ano
Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JOSE JAIRO BEZERRA DE MENEZES LUCAS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o declarante que no dia, hora e local acima citados seguia pilotando a motocicleta acima descrita, levando na garupa seu colega de nome **ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU**, quando outro veículo não identificado avançou a via preferencial, colidindo contra a motocicleta que o declarante e seu colega estavam; QUE o veículo causador do acidente se evadiu do local sem prestar socorro; QUE o declarante e seu colega Antonio Clayrton foram socorridos ao Hospital Instituto Dr. José Frota, onde receberam o devido atendimento médico. Nada mais disse.////////

////////. O declarante fica ciente que provocar a ação de Autoridade,

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 26/06/2019 10:29:25

Pág. 1 de 2

Impresso em: 26/06/2019 10:29:25

Impresso em: 26/06/2019 10:29:25

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

Impresso nº 2019427137

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 2741 / 2019**

comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção, que sabe não se ter verificado, é crime previsto no art. 340 do Código Penal, com pena de detenção, de um a seis meses, ou multa.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****JULIO DAPHINE SOUSA DO NASCIMENTO - MAT.: 198853-1-3****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Jose Jesu Barboza Filho***VISTO DO DELEGADO(A):****JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X**

Registro de Atendimento Emergencial

Por:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 02/07/2018 00:38:49	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 698004510740141	NOME: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU				Registro: 5326178		
CPF:	RG:	D. NASC: 19/03/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA ELISABETE ALVES DE ABREU				NOME DO PAI: PAULO CESAR XAVIER DE ABREU			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CARLOS CHAGAS		Nº: 957	BAIRRO: BONSUCESSO			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 98597.5651	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60541704			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: PAULO ROBERTO ALVES DE ABREU		PARENTESCO: IRMÃO		TELEFONE: 98597.5651			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: colisão moto carro, apresenta dor em costelas a D, dispnéia, laceração Joelho a pe E, laceração em MID, fx halux D							
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 02/07/2018 00:38:49	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 096004510740141	NOME: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU			Registro: 5326178	
CPF:	RG:	D. NASC: 19/03/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA ELISABETE ALVES DE ABREU			NOME DO PAI: PAULO CESAR XAVIER DE ABREU		
TIPO DE LOGADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CARLOS CHAGAS		Nº: 957	BAIRRO: BONSUCESSO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 98597.5651	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60541704	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: PAULO ROBERTO ALVES DE ABREU			PARENTESCO: IRMAO		TELEFONE: 98597.5651
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: lesão moto carro, apresenta dor em costelas a D., dispneia, laceração Joelho a po E, lesão em MID, 1x halux D					
OBSERVAÇÕES: trauma maior, dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DE OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		COR DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Controle:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:			CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:		





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5326178

NOME: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU

DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1992

PAI: PAULO CESAR XAVIER DE ABREU

MÃE: MARIA ELISABETE ALVES DE ABREU

DATA DE ATENDIMENTO: 02/07/2018

DATA DE SAÍDA: 24/07/2018

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 02/07/2018, ÀS 00:38min, COM LESÕES EXTENSA DE PARTES MOLES EM MMII E FRATURA DE ANTEBRAÇO E MÃO DIREITOS.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO LIMPEZA CIRÚRGICA E SUTURA DE LESÃO DE PARTES MOLES EM MMII NO DIA 02/07/2018 PELO DOUTOR FRANCISCO VILMAR, CIRURGIÃO GERAL, SUBMETIDO A TRATAMENTO ANTIBIOTICOTERÁPICO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR TRAUMATOLÓGICO, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/07/2018 COM RETORNO AGENDADO AMBULATORIALMENTE PARA CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 27/04/2019"

Dr. Osmar Azevedo Aguiar Filho
Médico

Osmar Aguiar Filho
CRM 5403

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE/NUAME/IJF





ALTA DA CIRURGIA GERAL
TRANSFERÊNCIA PARA TRAUMATOLOGIA
ENFERMARIA 18



Nome: Antônio Clayton Alves de Abreu
 Prontuário: 5326178
 Enfermaria: 18
 Leito: 04

Sexo: Masculino
 Data de nascimento: 19/03/1992
 Período de internação: 02/07/2018 a 24/07/2018

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações Relevantes:

No dia 01/07/18, paciente foi vítima de acidente de moto, com colisão frontal com carro, sobre o qual rolo e caiu, luxando 1º e 2º pododáctilos do pé direito (também perdeu as unhas destes) e fraturando antebraço e mão direitos, e sofrendo escoriações em joelhos. Flanco esquerdo e ombro direito, além de lesão extensa de partes moles em face lateral da perna esquerda, calcâneo esquerdo e de lesões em face anteromedial da perna direita. Deu entrada no IJF poucas horas depois, no dia 02/07/2018, tendo sido realizado USG FAST que revelou ausência de líquido livre na cavidade abdominal, e rins, fígado, baço e bexiga sem danos relacionados ao trauma. Foi submetido à limpeza cirúrgica em 02/07/18, com lavagem abundante com SF 0,9% de e desbridamento das lesões nos membros inferiores. Recebeu alta da cirurgia geral em 18/07/2018, assintomático e após avaliação das demais especialidades.

Diagnóstico Principal: Lesão traumática de partes moles em membros inferiores, fratura de antebraço e mão, luxação dos primeiro e segundo pododáctilos.

Procedimentos Cirúrgicos:

1— Cirurgia realizada: Limpeza cirúrgica com sutura. Cirurgião: Dr. Vilmar e Dra Bárbara (R1).
 Data: 02/07/2018.

Condições de Alta/Transferência:

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Obito ()

Destino: residência.

OBSERVAÇÕES

1. Retorno ao ambulatório de cirurgia geral em 30 dias a partir desta data (marcar no SPA);
2. Seguir prescrição médica;
3. Em caso de intercorrências, procurar a emergência mais próxima: UPA, Protinha, IJF.
4. Retorno ambulatorial a traumatologia para fixação da fratura de ulna direita.



Dr. Luciano Ferraz
 Médico
CREMEC - 19228
 Médico responsável

Fortaleza, 18 de julho de 2018

Médico responsável

Fortaleza, 18 de julho de 2018

Prescrição para casa

PARA: Antônio Clayton Alves de Abreu
Prontuário: 5326178

USO ORAL

3. Dipirona 500mg ----- 30cps

Tomar 01 comprimido até de 6/6h se dor ou febre.

4. Bromopride 10mg ----- 30cps

Tomar 01 comprimido até de 8/8h se náuseas ou vômitos.

Fortaleza, 24 de julho de 2018.

Dr. Luciano Ferraz
Médico
CREMEC - 19228

Médico - CRM





Prefeitura de
Fortaleza



ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente **Antônio Clayrton Alves de Abreu** esteve internado no Instituto Dr. José Frota entre os dias 02/07/2018 e 24/07/2018 para realização de procedimento cirúrgico e necessita manter-se afastado de suas atividades laborais por 30 dias a partir desta data.

Fortaleza, 24 de julho de 2018

Dr. Luciano Ferraz
Médico
CREMEC - 19226

Médico – CRM





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO IUF POR FRATURA DE ULNA TRATADA DE MODO CONSERVADOR

NO MOMENTO, FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO AINDA SEM PREVISÃO DE ALTA AMBULATORIAL

CID10: S52


FORTALEZA, 23 DE AGOSTO DE 2018

ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente **Antônio Clayrton Alves de Abreu** esteve internado no Instituto Dr. José Frota entre os dias 02/07/2018 e 24/07/2018 para realização de procedimento cirúrgico e necessita manter-se afastado de suas atividades laborais por 30 dias a partir desta data.

Fortaleza, 24 de julho de 2018

Dr. Luciano Ferraz
Médico
CREMEC - 19226

Médico – CRM



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: Antonio Clayton Alves de Moura
BE / Prontuário: 5326178

Atestado Médico

Lesão com ferida aberta em
granulação, necessitando de afastamento
para fechamento de Ferida, por mais
60 dias.

C1010-029

Ivens F. Machado
Residente Cirurgia Geral - R
CREMEL 18603

Data: 10/08/18

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

5326118

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Adriano Chagas</u>	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade: <u>45</u>	Nº AIH/RAE:
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não		Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	

JUSTIFICATIVA

F. L.

EXAMES RADIOLÓGICOS

☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP	☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☒ Antebraço AP/P	☐ Cotovelo AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL	☐ Fêmur AP/P
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P	☐ Pé AP/OBL
☐	☐	☐	☐	☐

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ PT/TTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinaesterase	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐	☐

ULTRA-SONOGRAFIA

☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD	☐ MID	☐
			☐ MSE	☐ MIE	☐

OUTROS EXAMES

Assinatura e Carimbo do Solicitante:	Data: <u>27/01/8</u>	Hora: <u>h</u> minutos
--------------------------------------	----------------------	------------------------

[Assinatura]
Res. 15622



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

BE / Prontuário: _____

Atestado do Médico

Atestado para os devidos
fins, que Antonio
Elayaton Alves de
Almeida, vítima de
Acidente de Trânsito,
com Fratura Diáfise da
Ulna D. tratada Conser.
Vador: aparelho gesso
Apresenta Fratura da
Ulna Consolidada

José Sales Sobrinho
Traumatologista
CRM 2741

08
11
18

Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

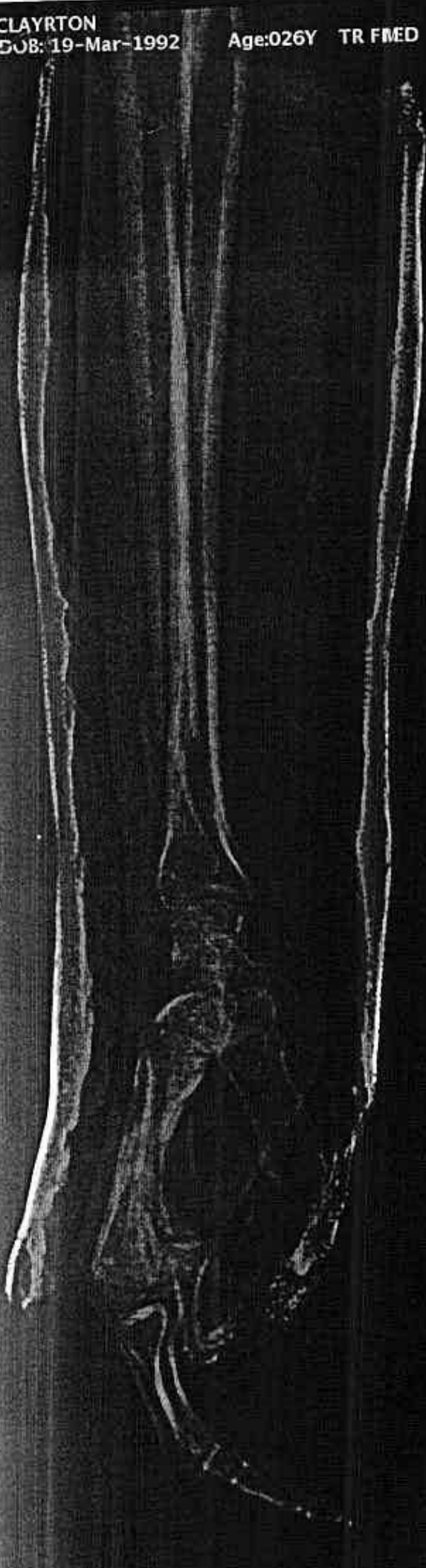
MA 000.003 - Versão 2 - 01/LXZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.

ANTONIO CLAYRTON
5326178 DOB: 19-Mar-1992

Age: 026Y TR FMD Series #: UJF

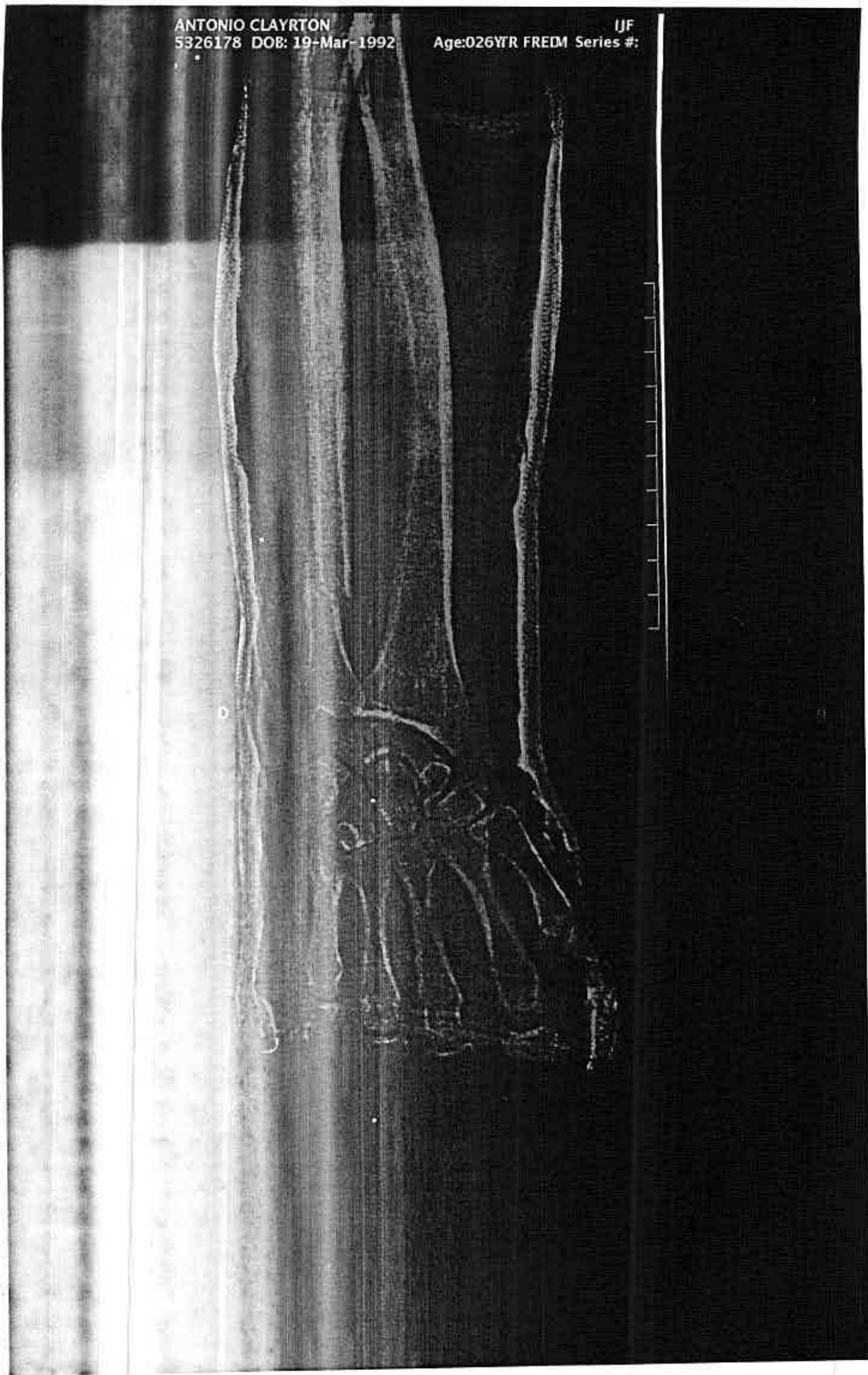
D



ANTONIO CLAYRTON
5326178 DOB: 19-Mar-1992

IJF
Age:026YTR FREDM Series #:

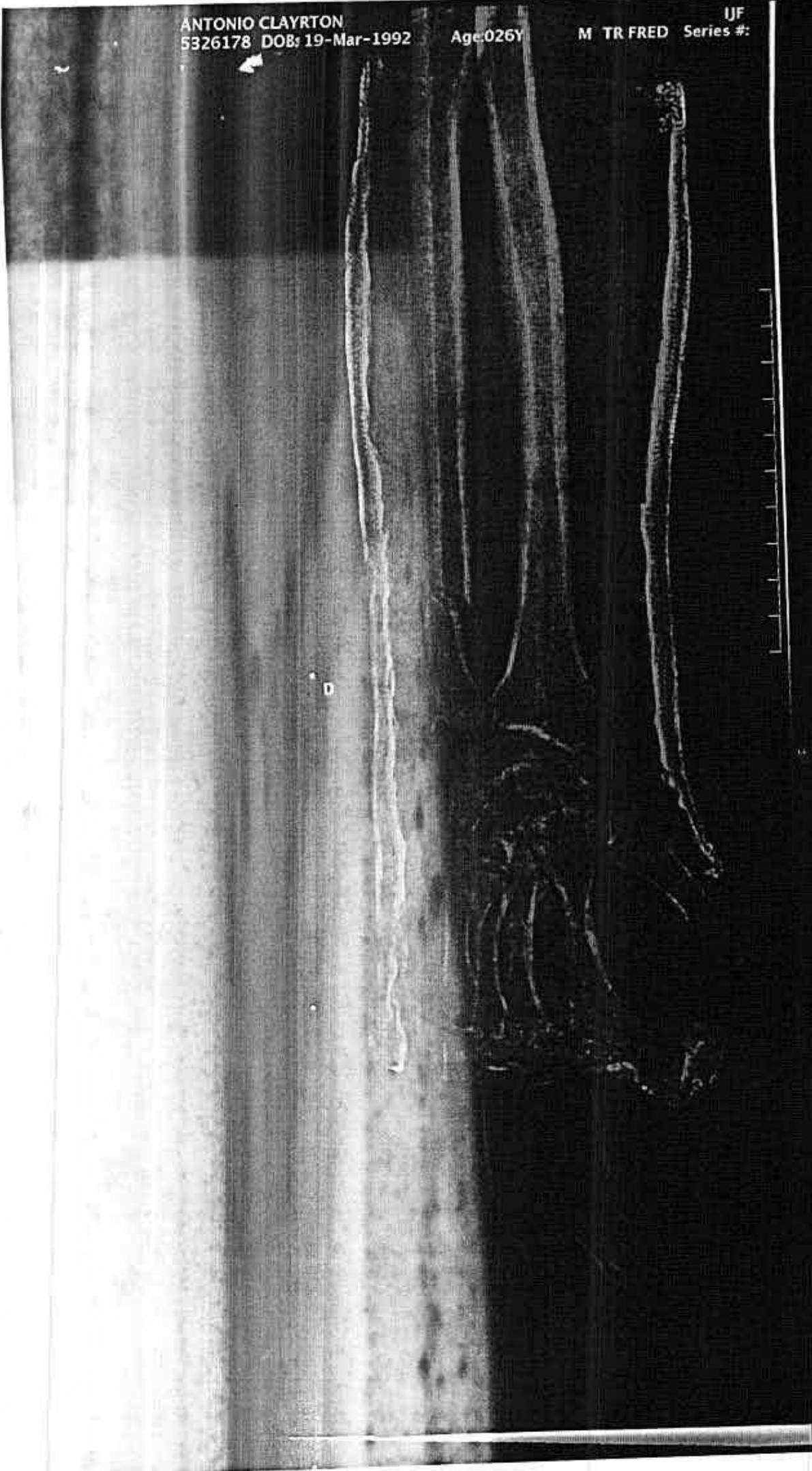
fls. 21



ANTONIO CLAYRTON
5326178 DOB: 19-Mar-1992

Age: 026Y

UF
M TR FRED Series #:



ANTONIO CLAYRTON
5326178 DOB: 19-Mar-1992

Age: 026Y

M TR FRED Series #:

IJF

fls. 23



ALTA DA CIRURGIA GERAL
TRANSFERÊNCIA PARA TRAUMATOLOGIA
ENFERMARIA 18



Nome: Antônio Clayrton Alves de Abreu

Sexo: Masculino

Prontuário: 5326178

Data de nascimento: 19/03/1992

Enfermaria: 18

Período de internação: 02/07/2018 a 18/07/2018

Leito: 04

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações Relevantes:

No dia 01/07/18, paciente foi vítima de acidente de moto, com colisão frontal com carro, sobre o qual rolou e caiu, luxando 1º e 2º pododáctilos do pé direito (também perdeu as unhas destes) e fraturando antebraço e mão direitos, e sofrendo escoriações em joelhos, flanco esquerdo e ombro direito, além de lesão extensa de partes moles em face lateral da perna esquerda, calcânhar esquerdo e de lesões em face anteromedial da perna direita. Deu entrada no IJF poucas horas depois, no dia 02/07/2018, tendo sido realizado USG FAST que revelou ausência de líquido livre na cavidade abdominal, e rins, fígado, baço e bexiga sem danos relacionados ao trauma. Foi submetido à limpeza cirúrgica em 02/07/18, com lavagem abundante com SF 0.9% de e desbridamento das lesões nos membros inferiores. Recebeu alta da cirurgia geral em 12/07/2018, assintomático e após avaliação das demais especialidades.

Diagnóstico Principal: Lesão traumática de partes moles em membros inferiores, fratura de antebraço e mão, luxação dos primeiro e segundo pododáctilos.

Procedimentos Cirúrgicos:

1 - Cirurgia realizada: Limpeza cirúrgica com sutura. Cirurgião: Dr. Vilmar e Dra Bárbara (R1).
 Data: 02/07/2018.

Condições de Alta/Transferência:

Curado () Melhorado (X) Inalterado () Óbito ()

Destino: traumatologia.

OBSERVAÇÕES

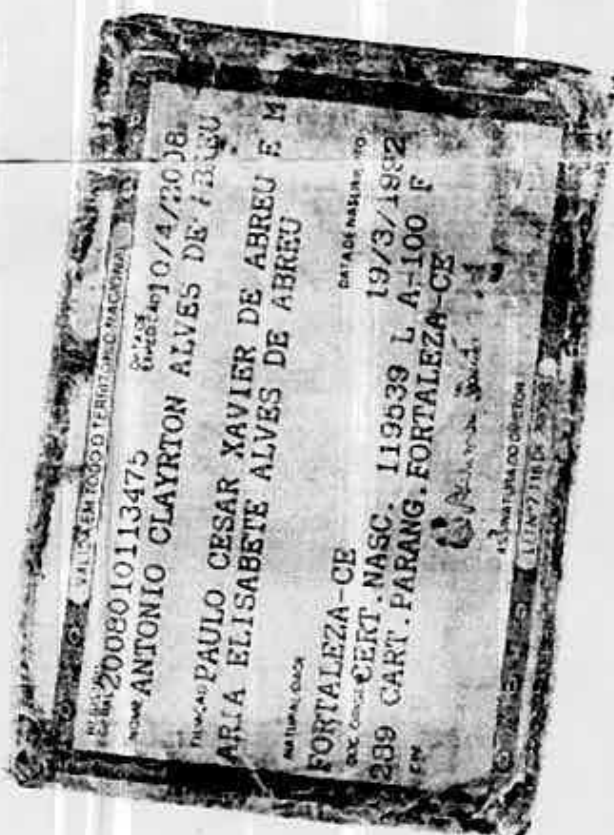
1. Retorno ao ambulatório de cirurgia geral com 30 dias a partir desta data (marcar no SPA);
2. Seguir prescrição médica;
3. Em caso de intercorrências, procurar a emergência mais próxima: UPA, Frotinha, IJF.
4. Encaminhado à traumatologia para correção da fratura de unha direita.
5. Seguir acompanhamento com a CITRAFE.



Dr. Lucyano Ferraz
 Médico
 CREMEC - 19226

Médico responsável

Fortaleza, 18 de julho de 2018



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela devem ser registradas todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários garantidos, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, em sua validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
IAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR


**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

4149240

002-0

CE

Antônio Claiton Alves de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

COPIA DO OBJETIVO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU

18/03/1992

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

FILIAÇÃO: PAULO CESAR XAVIER DE ABREU

MARIA ELISABETE ALVES DE ABREU

DOC. APRESENTADO:

CN 119538 FLS 289 LV A100 CART CAVALCANTI FILHO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 201 DE 19 DE MAIO DE 1966

LOCAL DA EMISSÃO: IDT - CASA DO CIDADÃO DIDGO
EMISSÃO: 18/03/2008

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA







PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322302/19

Vítima: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU

CPF: 046.778.063-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO CLAYRTON
ALVES DE ABREU

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU : 046.778.063-30

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.

- 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.

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

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU
CPF: 046.778.063-30

ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA