

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz. 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba. Pacatuba. CE. 61.809-080.

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco.

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 LIDER 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 (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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: Pacatuba, 27 de Dezembro de 2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Moises Pessoa Rocha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2019 16:16:05**
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOISES PESSOA ROCHA**
Nascimento: **25/11/1972** CPF: **574.607.953-72** UF: _____
RG: **1555771661** Orgão Emissor: _____
Filiação: **MARIA LISETE PESSOA ROCHA**
ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA
Endereço: **RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425**
Bairro: **MUNGUBA**
Município: **PACATUBA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-7132**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY7190** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2NC4330ER004153** Renavam: **1022231550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R LIMITED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **MOISES PESSOA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Carolina Santos Barreira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2019 16:16:05**
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOISES PESSOA ROCHA**
Nascimento: **25/11/1972** CPF: **574.607.953-72** UF: _____
RG: **1555771661** Orgão Emissor: _____
Filiação: **MARIA LISETE PESSOA ROCHA**
ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA
Endereço: **RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425**
Bairro: **MUNGUBA**
Município: **PACATUBA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-7132**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY7190** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2NC4330ER004153** Renavam: **1022231550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R LIMITED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **MOISES PESSOA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

Moisés Pessoa Rocha

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/11/2019 16:16:05**
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOISES PESSOA ROCHA**
Nascimento: **25/11/1972** CPF: **574.607.953-72** UF: _____
RG: **1555771661** Orgão Emissor: _____
Filiação: **MARIA LISETE PESSOA ROCHA**
ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA
Endereço: **RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425**
Bairro: **MUNGUBA**
Município: **PACATUBA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-7132**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY7190** Uf: **CE** Município: **MARACANAÚ** Chassi: **9C2NC4330ER004153** Renavam: **1022231550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R LIMITED** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA** Proprietário: **MOISES PESSOA ROCHA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Carolina Santos Barreira*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba Pacatuba CE 61.809-080

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3351

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 1004561 4

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 LIDER 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 (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários a 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

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Realiza, 27 de Dezembro de 2019.

Moises Pessoa Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz. 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba. Pacatuba. CE. 61.809-080.

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco.

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 LIDER 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: Pacatuba, 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz. 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba. Pacatuba. CE. 61.809-080.

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco.

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 LIDER 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 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: 39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pacatuba, 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Moises Pessoa Rocha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº ativo sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERVIÇO UNICO | Nº 001004543

Rota PT224R52

Referência 08/2019

Nome MOISES PESSOA ROCHA

Endereço RU MARIA DE SA RORIZ, 00429, MONGUBA, 61809-080, PACATUBA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 08/08/2019

Medidor 1076771-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

390C7529C543EEF27C5DAD4907CC3D5A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior 10/07/2019 Atual 08/08/2019 Próxima prevista 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	34.111	33.975	1,00	136	00	136	0,80801	109,89

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,23
CONSUMO	0,80801	109,89
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01640	2,23
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01662	2,26

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	114,38	27,00	30,88
PIS	114,38	1,35	1,53
COFINS	114,38	6,16	7,02

10/09/2019	134,61
------------	--------

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

574.607.953-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

53,09 0,00

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/07 - 31/07 Vermelha :

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº ativo sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERVIÇO UNICO | Nº 001004543

Rota PT224R52

Referência 08/2019

Nome MOISES PESSOA ROCHA

Endereço RU MARIA DE SA RORIZ, 00429, MONGUBA, 61809-080, PACATUBA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 08/08/2019

Medidor 1076771-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

390C7529C543EEF27C5DAD4907CC3D5A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior 10/07/2019 Atual 08/08/2019 Próxima prevista 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	34.111	33.975	1,00	136	00	136	0,80801	109,89

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,23
CONSUMO	0,80801	109,89
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01640	2,23
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01662	2,26

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	114,38	27,00	30,88
PIS	114,38	1,35	1,53
COFINS	114,38	6,16	7,02

10/09/2019	134,61
------------	--------

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

574.607.953-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00

53,09 0,00

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/07 - 31/07 Vermelha :

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº ativo sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SERVIÇO UNICO | Nº 001004543

Rota PT224R52

Referência 08/2019

Nome MOISES PESSOA ROCHA

Endereço RU MARIA DE SA RORIZ, 00429, MONGUBA, 61809-080, PACATUBA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 08/08/2019

Medidor 1076771-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

390C7529C543EEF27C5DAD4907CC3D5A

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias

Anterior 10/07/2019 Atual 08/08/2019 Próxima prevista 02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	34.111	33.975	1,00	136	00	136	0,80801	109,89

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	20,23
CONSUMO	0,80801	109,89
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01640	2,23
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01662	2,26

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	114,38	27,00	30,88
PIS	114,38	1,35	1,53
COFINS	114,38	6,16	7,02

10/09/2019	134,61
------------	--------

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

574.607.953-72

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

53,09 0,00

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 11/07 - 31/07 Vermelha :

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

ACIDENTE MOISÉS PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
Nº DO PRONTUÁRIO 6182389		Nº DO BE 374191	
NASCIMENTO 25/11/1972(46 ANOS)		SEXO M	
NOME REAL MARIA LISETE PESSOA ROCHA		RACIA PARDO	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57460795372		ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 15 MONGUBA	
RESPONSÁVEL		CEP (85) 98134-2272	
CIDADA		CE	
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
TRANSPORTADO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNOMELO ESQUERDO.		MOTIVO COLISÃO COM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONETE	
		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS		SAT O2 97%	
PRESSÃO ARTERIAL N/N		PULSO 92	
ALERGIAS NEGA		GLUCOSE NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27	
ÁREA ATENDIMENTO			
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			

*Referência de lesão
Lesão x tornomele esquerdo
Fratura de tornomele esquerdo
Apresenta*

EXAME FÍSICO		EXAME DE LABORATÓRIO	
SUSCETADO () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS		DOE PROCEDIMENTO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
MÉDICAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>Do tornomele () R1 R2 R3 Do tornomele () R1 R2 R3</i>		<i>Dr. João Batista Gomes da Silva Médico - CRM: 5196 CPF: 228.775.923-91</i>	
TIPO DE ALTA/BAIXA			

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO		ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL.			
ASSINATURA DO ATENDENTE		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27
Asserem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

70

Assinatura
02/10/2019

MOISÉS PESSOA ROCHA

02/10/2019 18:05
CENTRO SUPERIOR DE COMISSÃO
DE SAÚDE
MANGABEIRAS 425 SAMU USB 15
MONGUBA - CE
Telefone: (85) 98134-2272

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Unico de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta tornozelo E (medial malleolus + fibula Weber C) há 10 dias

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO cirúrgico

19 - PS

RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura tornozelo E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLASSE

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tarcis Yuri Melo 14/10/19

Tarcis Yuri Melo
Traumatologista
TEOT 15349**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - PREVIDÊNCIA

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRICTAL EDMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tenaz Coelho 1578 -

Maceió - Cap: 60.864-810

Fortaleza - Ceará

Ceará

Cancianova
CENTRO COM ORIGIN
25/11/19

UBI.FUDEDU-SAME-AIH-886

PACIENTE: Moises Pessoa Rocha

DATA OPERAÇÃO: 22/10/19

ENFERMARIA:

LEITO:

1º AUXILIAR: MAURO GUIMARÃES

2º AUXILIAR: Igor de Lucena

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: ROQUIA DE SOUZA

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX DE TORNADOZLO + LIGAM LIG. AGUON

TIPO DE OPERAÇÃO: 720 cin. FX DE TORNADOZLO @ + reparo ligamentar

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

EXAME RADIOLOGICO NOATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPE: SCEMAS

1) por de útero dorsal 503

2) atata

3) incisão lateral do tornozelo @
+ drenagem por pontos + drenagem
antes de fratura + 01 placa
13 de 7030 + 06 parafusos corticais
+ reparo lig lateral

4) Acesso medial cl. drenagem direta
de FX (comissuras do meéolo medial)
+ 02 parafusos espaçados

5) sutura por pontos + curativo

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DIGITAL EDMILSON
BARRIOS DE OLIVEIRA
Av. José de Faria, 1573
Massaroca - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Dr. Igor de Lucena
Ortopedia Traumatologia
Cirurgião de Pé e Tornozelo
TEOT 15804 / CRM 16152

Grat. HDEBO SAME-Desp. 19/10/19
25/11/19

137

RELATÓRIO DE ALTA


PACIENTE Alvares	PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA
INÍCIO DO TRATAMENTO 14/10/19	DATA DA ALTA 23/10/19	DATA DO RETORNO 04/11/19	MÉDICO PARA RETORNO Dr. Igor

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Paulo
est

Operado pelo Dr. Igor

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	Infecção da ferida
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	
	

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

ANIK + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ ÓBTOS

☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

27/10/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-00

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente:

Endereço:

Bairro:

Prescrição:

Fone:

Maria Pereira Rocha
Recife - PE

Chexina 500mg - 400mg
1 comprimido 6/6h
1 comprimido 6/6h
1 comprimido 12/12h

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.925-91

02/10/19.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo

Identificação

Orgão Emissor

Data

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Fratura do Ulnar
1 1/3 lista de
placa seg.

Referencia 09/10/19
19h

U. [Signature]



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - RS - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:

Ind.:

Idade:

Fone:

PRESCRIÇÃO:

Cefalexina 500mg — 40 caps
que far 20 de 8/16/85

Profenidol 100mg — 14
que far 7 de 12/11/85

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

23/10/85

Uso Exclusivo do HDEBO - Messejana.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo

Identificação

Assinatura Emissor

Endereço

UF

Telefone

3 Via da Farmácia / 2ª Via do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. do Farmacêutico:

Data:

Atendimento 1.614.045

Paciente Moises Pessoa Rocha

Segurado Moises Pessoa Rocha

Convênio PARTICULAR

Plano PARTICULAR

Matrícula Cartão Saúde

Endereço MARIA DE SA RORIZ, 429

Complemento

Prontuário 170986

Idade 46 anos e 11 meses

Fone 30140947 85117132

Val. Carteira

Identidade 1555771661

Bairro MONGUBA

Cidade Maracanaú

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Serviço Emergência-Pronto Socorro

Atendente Enayle Galdino de Menezes

Especialidade Traumatologia

Classificação Consulta

Médico/C.d Tacito Yuri Melo Ramos de Lima

Data 04/11/2019 - Segunda-feira

Hora 13:47:04

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO

Pet submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo E, sendo operado em técnica ins-titucional, e, no momento, em acompanhamento ambulatorial e reabilitação fisioterápica

DIAGNOSTICO

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEST 15300

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos de Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

15.867.015/0004-757

GRUPO DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av. Aguanambi, 332

Fátima - CEP 60.055-402

Maracanaú - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Adriana Paiva

Paciente: Moises Pessoa Rocha

Identificação: 170886

Endereço: 1.614.045

Data Exame: 04/11/2019

Medicador: Tacito Yuri Melo Ramos de

Sexo: M

Convênio: PARTICULAR

Idade: 46a 11m 10d

Prescrição: 2167880

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

fraturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese.
Esporão ósseo calcaneano plantar e posterior.

°.INC.....[02]



Dr. Vanor Cruz
CPF 026244513-15
CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE
CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

PACIENTE MOISES PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
Nº DO PRONTUÁRIO 6182389		Nº DO BE 374191	
NASCIMENTO 28/11/1972(48 ANOS)		SEXO M	
RACIA COR PARDO		NOME SOBRENOME MARIA LISETE PESSOA ROCHA	
ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 16		CIDADE FONGUBA	
CEP (85) 98134-2272			
OCCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
TRAZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNOZELO ESQUERDO.		MOTIVO COLISAO CUM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONH	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS			
PRESSÃO ARTERIAL N/MI	SAT O2 97%	PULSO 82	GLUCOSE NI
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27		
ÁREA ATENDIMENTO			
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENÇÃO MÉDICA			

*Referência de trauma
Lacer. R. x. Torno x. A. p. + lacer.
Contusão na parte superior
Fratura lateral de tibia + fíbula
Ap. fratura*

EXAME FÍSICO		EXAME DE PROCEDIMENTO	
TAC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
<i>R. de dor (E) R. de lacer.</i> <i>R. de tibia (E) R. de fíbula</i>		Dr. João Batista Gomes da Silva Médico - CRM: 5166 CPF: 228.775.923-91	
TIPO DE ALTA/SADA			
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
ESTADO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL			
ASSINATURA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código de Processo Penal.

440 000000000

74

Carimbo com Original
26/11/19

MOISES PESSOA ROCHA
04.385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Fomaz Coelho 1573
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

ACIDENTE MOISES PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
Nº DO PRONTUÁRIO 6182388		Nº DO BE 374191	
NASCIMENTO 28/11/1972(48 ANOS)		SEXO M	
RACIA PARDOS		RACIA PARDOS	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57460795372		NOME MARIA LISETE PESSOA ROCHA	
ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 18 MONGUBA		CEP (85) 98134-2272	
OCCORRÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
TRANSPORTADO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNOMELO ESQUERDO.		MOTIVO COLISÃO COM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONETE	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL N/N		SAT O2 97%	
PULSO 92		GLUCOSE NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27	

ÁREA ATENDIMENTO	
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA	
ATENDIMENTO MÉDICO	
<p><i>Referência: lacer. Resp x 2 torn x 10 cm Appt + lacer. Comp. 2 torn x 10 cm Appt + lacer. Fratura lateral x 10 cm + lacer. Appt + lacer.</i></p>	
EXAME PROCEDIMENTO	
<input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<p><i>Do 1º torn (1) Plb Plb Do 2º torn (1) Plb Plb</i></p>	
APROVAMENTO	
<p><i>Dr. João Batista Gomes da Silva Médico - CRM: 5106 CPF: 228.175.923-91</i></p>	
TIPO DE ALTA/BAIXA	
DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL. HORA DO ATENDIMENTO	
CASSINO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA	

Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27
Asserem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

70

Quaracivera
25.11.19

MOISES PESSOA ROCHA

02/10/2019 18:05
CONFERMADO EM COMPLETO
LIT. A. J. N. A. P. R. C.
M. J. P. R. C. - Cop. 02/04/2019
C. J. P. R. C. - Cop. 02/04/2019

SUS

**Ministério
da
Saúde**

**Sistema
Único de
Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME Janaína Pessoa Rocha		6 - Nº PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DO NASCIMENTO 25/12/1972	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MRS. LUZETE PEREIRA RIBEIRO		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA - ADELSONIA 925/ PIAUISTRA		DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PIAUÍ		14 - COD. IBGE MUNIC 6200000	
15 - UF PI		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura exposta tornozelo E (medial malleolus + fibula Weber C) há 10 dias

14 - CONDIÇÃO DE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quantidade de T70 Limingco

10. DATOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXÁMENES REALIZADOS)

Ammonio + Rx

20- DIAGNÓSTICO INICIAL	21- CID 10 PRINCIPAL	22- CID 10 SECUNDARIO	23- CID 10 CAUSAS ASOCIADAS
Externa Torácico			

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLASSE		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO DELEGADO DO DEPARTAMENTO		33 - DATA DE RECEBIMENTO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº BILHETE		38 - SÉRIE	
ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNIE EMPRESA		41 - CDDR	
ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
EMPREGADO		EMPREGADOR		AUTÔNOMO		DESEMPREGADO	
						APOSENTADO	
						NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO

43- PREVIDÊNCIA	44-CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45-AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL DISTRICTAL EDMILSON BARRAS DO OLIVEIRA Av. Jornalista Torquato Coelho 1578 - Mossoró - Cap: 60.864-810 Rio Grande do Norte - Ceará
45-L CNPJ	46-Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
47-DATA DE EMISSÃO	48-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

UTRG.NUCRO-SAME-AIH-888

PACIENTE: Moisés Pessoa Rocha
 DATA DE OPERAÇÃO: 22/10/19
 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 1º AUXILIAR: Mauro Guimarães
 2º AUXILIAR: _____ 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Robson de Jesus
 TIPO DE ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX de tornozelo + lesão lig. AGUDA
 TIPO DE OPERAÇÃO: 720 cir. FX de tornozelo @ + reparo ligamentar
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____
 RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____
 EXAME RADIOGRÁFICO NO ATQ: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS
 1) por delúbrio dorsal S03
neurolise
 2) A + A + A
 3) incisão lateral do tornozelo @
+ drenagem por pontos + reparo
direto de fratura + 01 placa
13 de 7030 + 06 parafusos corticais
+ reparo lig lateral
 4) Acesso medial el. neurolise direta
de FX (comissuras do malleolo medial)
+ 02 parafusos espaçadores
 5) sutura por pontos + curativo

04.885.197/00012-05
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 DE OLIVEIRA
 Av. José Maria Tomás Coelho 1573
 Messejana - Cep: 60.864-810
 Fortaleza - Ceará

Dr. Igor de Lucena
 Ortopedia Traumatologia
 Cirurgião de Pé e Tornozelo
 TEOT 15804 / CRM 16152

Danirvaic
 COPIA COM ORIGINAL
 25/11/19

Gráf. HDEBO CAME-Desp. 2019

137

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>Alvares</i>	PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>14/10/19</i>	DATA DA ALTA <i>23/10/19</i>	DATA DO RETORNO <i>04/11/19</i>	MÉDICO PARA RETORNO <i>Dr. Igor</i>	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Paulo
est

Operado pelo Dr. Igor

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Infecção da ferida</i>
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>Ex</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Curativo

TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

ANIK + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ ÓBTO

☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

27/10/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-00

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente:

Endereço:

Bairro:

Prescrição:

Fone:

Handwritten:
Messa Perce Rocha
Faltava - CF
Chexina 500mg - 400mg
Toman 1 vez 6/6h
Imprmo - 600mg - 15
Toman 1 vez 12/12h

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.925-91

02/10/19.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo

Identificação

Órgão Emissor

Data

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico



Fractura de humero
 1 1/3 lista de
 plomo seg.

Referencia 09/10/19
 19h

① Refuerzo suture

DATA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - RS - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:

Ind.:

Idade:

Fone:

PRESCRIÇÃO:

Cefalexina 500mg — 40 caps
que far 20 de 8/16/85

Aspirina 100mg — 14
que far 7 de 12/11/85

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

23/10/85

Uso Exclusivo do HDEBO - Messejana.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo

Identificação

Assinatura Emissor

Idade

UF

Assinatura

3ª Via do Farmacêutico / 2ª Via do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. do Farmacêutico:

Data:

Atendimento 1.614.045

Paciente Moises Pessoa Rocha

Segurado Moises Pessoa Rocha

Convênio PARTICULAR

Plano PARTICULAR

Matricula Cartão Saúde

Endereço MARIA DE SA RORIZ, 429

Complemento

Prontuário 170986

Idade 46 anos e 11 meses

Fone 30140947 85117132

Val. Carteira

Identidade 1555771661

Bairro MONGUBA

Cidade Maracanaú

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergencia-Pronto Socorro

Médico/C.d Tacito Yuri Melo Ramos do Lima

Atendente Ennyale Galdino de Menezes

Data 04/11/2019 - Segunda-feira

Especialidade Traumatologia

Hora 13:47:04

Classificação Consulta

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO

Pet submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo E, sendo operado em outra ins-tituição, e, no momento, em acompanhamento ambulatorial e reabilitação fisioterápica

DIAGNOSTICO

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEST 15340

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos do Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

15.867.015/0001-757

UNICLINIC DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av. Aguanambi, 332

Fátima - CEP 60.055-402

Maracanaú - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Atuária Praga

Paciente: Moises Pessoa Rocha

Identificação: 170886

Endereço: 1.614.045

Data Exame: 04/11/2019

Medicador: Tacito Yuri Melo Ramos de

Sexo:

M

Convênio:

PARTICULAR

Idade:

46a 11m 10d

Prescrição:

2167880

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

fraturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese.
esporão ósseo calcaneano plantar e posterior.

°.INC.....[02]



Dr. Vanor Cruz
CPF 026244513-15
CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE
CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

PACIENTE MOISES PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 57460795372		Nº DO PROMITÓRIO 6182388	Nº DO SE 374191
NASCIMENTO 28/11/1972(48 ANOS)		SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME SOB MARIA LISETE PESSOA ROCHA		ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 16 MONGUBA CE (85) 98134-2272	
CÓDIGO DE Ocorrência/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCCORRÊNCIA	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO	
TRAZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNÓZELO ESQUERDO.		COLISAO CUM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONH	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS			
Pressão Arterial N/NH	SAT O2 97%	PULSO 92	GLUCOSE NI
ALERGIAS NEGA	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27
ÁREA ATENDIMENTO			
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
<p><i>Referência de trauma</i> <i>lesão R. x T. no x. de A. p. + les.</i> <i>Contusão na parte superior</i> <i>Fratura lateral de t. + lesão</i> <i>Ap. f. m. g.</i></p>			
EXATIDÃO		CÓD. PROCEDIMENTO	
TAC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS			
MÉDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
R. de n. m. (E) R. de p. (E) R. de o. h. p.		<p>Dr. João Batista Gomes da Silva Médico - CRM: 51466 CFE: 228.776.923-91</p>	
TIPO DE ALTA/BAIXA			
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO		ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS	
ESTADO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL			
ASSINATURA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

440 000000000

74

Carimbo com Original
26/11/19

MOISES PESSOA ROCHA
04.385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tereza Cristhina 1573
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Mois Penoa Rocha

Atestado

Atesto para os devidos fins que o
paciente acima especificado foi
vítima de acidente de moto -
ciclota (SFC) evoluindo com fratura
exposta bimalar de Tornozelo B.
Foi submetido à TTO em urgência, o
qual encontra-se no momento de
alta definitiva.

CD - 10: S82.0

18/12/19

Tácito Yuri Mejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14308 - RBO 15549

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

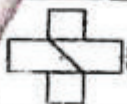
PABX: (85) 3311-6000

८

019 18:35:27
estados, sobre as quais assu
7u

25-11-19
 25-11-19

SS-107961 12-05
PAID BY PAID JAMES
PAID BY PAID JAMES
PAID BY PAID JAMES
PAID BY PAID JAMES
PAID BY PAID JAMES

**SUS**Ministério
da
SaúdeSistema
Único de
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME

Maíra Pessoa Rocha

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

25/11/1972

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Anna Luíza Pessoa Rocha

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA - RESISTÊNCIA 925/ PIMENTA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MONTA

14 - CDD. TRGE MUNIC

15 - UF

CE

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS FENÔMENOS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura exposta tornozelo E (medula metatarsal + fíbula Weber C) há 10 dias

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO cirúrgico

19 - RES

RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amplamente + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura tornozelo E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura exposta

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLASSE

TC

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletiva/urgente

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tarciso Yuri Melo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/10/13

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tarciso Yuri Melo
Traumatologista
CRM 14198 / TEOT 15349**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - MAIORIAZADO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRICTAL EDIMILSON

BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tarciso Coelho 1578 -

Maceió - Cap: 60.854-810

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Maceió - Ceará

Oliveira
25/11/13

URB. RUEDA-D'ÁGUA-AIT-686

PACIENTE: Moisés Pessoa Rocha		LEITO: _____
DATA DE OPERAÇÃO: 22/10/19	ENFERMARIA: _____	
1º AUXILIAR: Igor de Lucena	2º AUXILIAR: _____	3º AUXILIAR: _____
1ª ANESTESIA: Propofol + Oxigênio		TIPO DE ANESTESIA: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX de tornozelo + lesão lig. anterior		
TIPO DE OPERAÇÃO: Trat. cir. FX de tornozelo + reparo ligamento		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____		

EXAME RADIOLÓGICO NO ATQ: _____
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

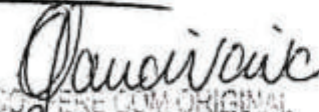
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS

- 1) **Preparação do local com antisséptico**
- 2) **Ata + A + e**
- 3) **incisão lateral do tornozelo** + drenagem por pontos + drenagem direta de fratura + 01 placa de 2030 + 06 parafusos corticais + reparo lig. lateral
- 4) **Acesso medial** e drenagem direta de FX (cominada do maléolo medial) + 02 parafusos espalhados
- 5) **Sutura** por pontos + curativo

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON DE OLIVEIRA
Av. José de Faria, 1573
Mossoró - Cep: 66.864-810
Rio de Janeiro - Ceará

Dr. Igor de Lucena
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Pê e Tornozelo
TEOT 15804 / CRM 16152


COPIA COM ORIGINAL
25/11/19

Grat. HDEBO SAME-Desp. 2019

137

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>Alvares</i>	PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>14/10/19</i>	DATA DA ALTA <i>23/10/19</i>	DATA DO RETORNO <i>04/11/19</i>	MÉDICO PARA RETORNO <i>Dr. Igor</i>	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Paulo
est

Operado pelo Dr. Igor

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Infecção da ferida</i>
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>Ex</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Clamp

TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

ANK + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO

☒ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ ÓBTO

☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

27/10/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-00

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente:

Endereço:

Bairro:

Prescrição:

Fone:

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.925-91

02/10/19.
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo

Identificação

Órgão Emissor

Data

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico



Fractura de humero
1 1/3 lista de
placa seg.

Referencia 09/10/19
1914

① Refuerzo sinew

GATA



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - RS - 3105.1560

SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente:

Ind.:

Idade:

Fone:

PRESCRIÇÃO:

Cefalexina 500mg — 40 caps
que 1 cap 20 de 8/16/85

Profenidol 100mg — 14
que 1 cap 4 de 12/11/85

Dr. Paulo de Tasso
Cavalcante Castro
Traumato - Ortopedia
CRM 1985

23/10/85

Uso Exclusivo do HDEBO - Messejana.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome Completo

Identificação

RG Emissor

Idade

UF

Profissão

3 Via do Farmacêutico / 2ª Via do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

Ass. do Farmacêutico:

Data:

Atendimento 1.514.045

Paciente Moises Pessoa Rocha

Segurado Moises Pessoa Rocha

Convênio PARTICULAR

Plano PARTICULAR

Matricula Cartão Saúde

Endereço MARIA DE SA RORIZ, 429

Complemento

Prontuário 170986

Idade 46 anos e 11 meses

Fone 30140947 83117132

Val. Carteira

Identidade 1555771661

Bairro MONGUBA

Cidade Maracanaú

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergencia-Pronto Socorro

Médico/C.d Tacito Yuri Melo Ramos do Lima

Atendente Ennyale Galdino de Menezes

Data 04/11/2019 - Segunda-feira

Especialidade Traumatologia

Hora 13:47:04

Classificação Consulta

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO

Pet submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tornozelo E, sendo operado em outra instituição, e, no momento, em acompanhamento ambulatorial e reabilitação fisioterápica

DIAGNOSTICO

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos do Lima (CRM 14108)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

15.867.015/0001-757

GRUPO DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av. Aguanambi, 332

Fátima - CEP 60.055-402

Fortaleza - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Atuária Praga

Paciente: Moises Pessoa Rocha

Matrícula: 170886

Endereço: 1.614.045

Data Exame: 04/11/2019

Medicador: Tacito Yuri Melo Ramos de

Sexo:

M

Convênio:

PARTICULAR

Idade:

46a 11m 10d

Prescrição:

2167880

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

fraturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese.
esporão ósseo calcaneano plantar e posterior.

°.INC.....[02]



Dr. Vanor Cruz
CPF 026244513-15
CREMEC 2080

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - Fortaleza/CE
CEP: 60.055-402 Fone: (85) 3311.6000

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

PACIENTE MOISES PESSOA ROCHA		DADOS PESSOAIS	
Nº DO PROMITÓRIO 6162389		Nº DO BE 374191	
NASCIMENTO 28/11/1972(48 ANOS)		SEXO M	
RACIA COR PARDOS		NOME SOB MARIA LISETE PESSOA ROCHA	
ENDEREÇO AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 16		CIDADE MONGUBA	
CEP (85) 86134-2272			
OCCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
TRAZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASGOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNOMELO ESQUERDO.		MOTIVO COLISAO CUM AUTOM. PICK UP OU CAMINHONH	
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
SINAIS VITAIS			
PRESSÃO ARTERIAL N/MI		SAT O2 97%	
PULSO 92		GLUCOSE NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO SANDRA OLIVEIRA DA SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 02/10/2019 18:35:27	
ÁREA ATENDIMENTO			
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
<p><i>Referência de trauma</i> <i>lesão R. x T. no x. A. p. + lesão</i> <i>contusão na parte superior</i> <i>fratura de tórax + lesão</i> <i>Ap. fígado</i></p>			
PROCEDIMENTO		CD	
SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X		() OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO	
<p><i>R. de pulmão (E) R. de pulmão</i> <i>R. de pulmão (E) R. de pulmão</i></p>		<p><i>Dr. João Batista Gomes da Silva</i> <i>Médico - CRM: 51166</i> <i>CPF: 228.776.923-91</i></p>	
TIPO DE ALTA/BAIXA			
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
ESTADO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL			
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Assinado por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27

As informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

440 000000000

74

Caricativa
CONTINER COM ORIGINAL
26/11/19

MOISES PESSOA ROCHA
04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tereza Coelho 1573
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Moris Penoa Rocha

Atestado

Atesto para os devidos fins que o
paciente acima especificado foi
vítima de acidente de moto -
ciclota (SFC) evoluindo com fratura
exposta bimalar de Tornozelo B.
Foi submetido à TTO cirúrgica, o
qual encontra-se no momento de
alta definitiva.

CD - 10: S82.0

18/12/19

Tácito Yuri Mejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14308 - RBO 15549

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000

Moises Ponsoa Rocha

laudo

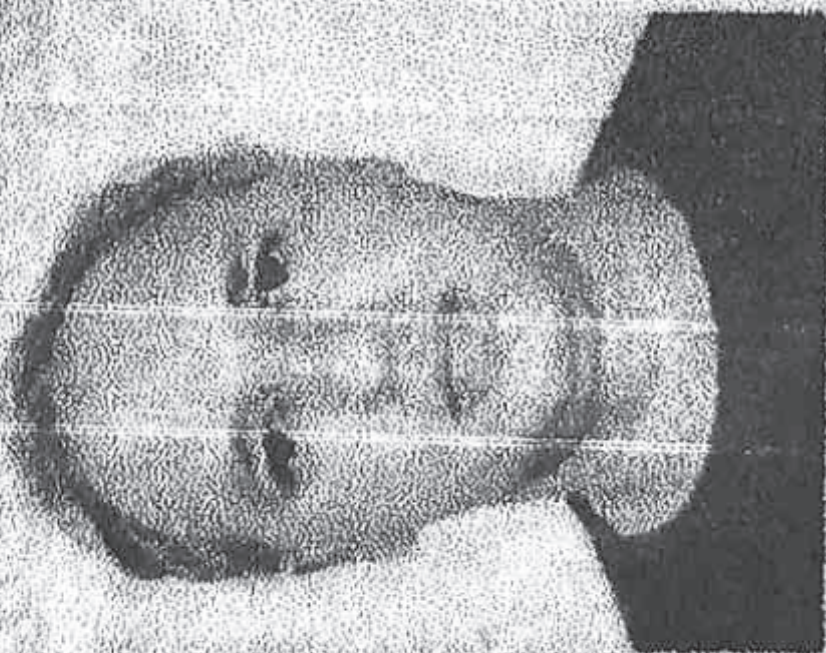
Paciente vítima de acidente de motocicleta, sendo submetido à TTO cirúrgico de fratura exposta em Tornozelo E (lateralizador) há 3 meses. No momento, encontra-se sob alta médica e persistindo com rigidez articular pós-traumática.

CTD = SP?

Tácito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEOT 15349

23/01/2020

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1638178351



NOME
MOÍSES PESSOA ROCHA

DOC/IDENTIDADE / CDD. EMISSÃO DE
1555771661 SSP PA

CNPJ
574.607.953-72 DATA NASCIMENTO
25/11/1972

MUNICÍPIO
ESTEVAM APARECIDO DA
ROCHA
MARIA LIZETE PESSOA
ROCHA

PERMÍSSÃO
ACC
CATEGORIA
AB

1º NÚMERO
05225733467
VALIDADEZ
22/11/2022
1º HABILITAÇÃO
10/06/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTELA DE IDENTIFICAÇÃO DE HABITANTE



PROIBIDO PLASTIFICAR

1633178351

Observação:

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Portador

Local

PARACANAU, CE

Data Emissão

26/02/2016

Renato Pires Rêgo

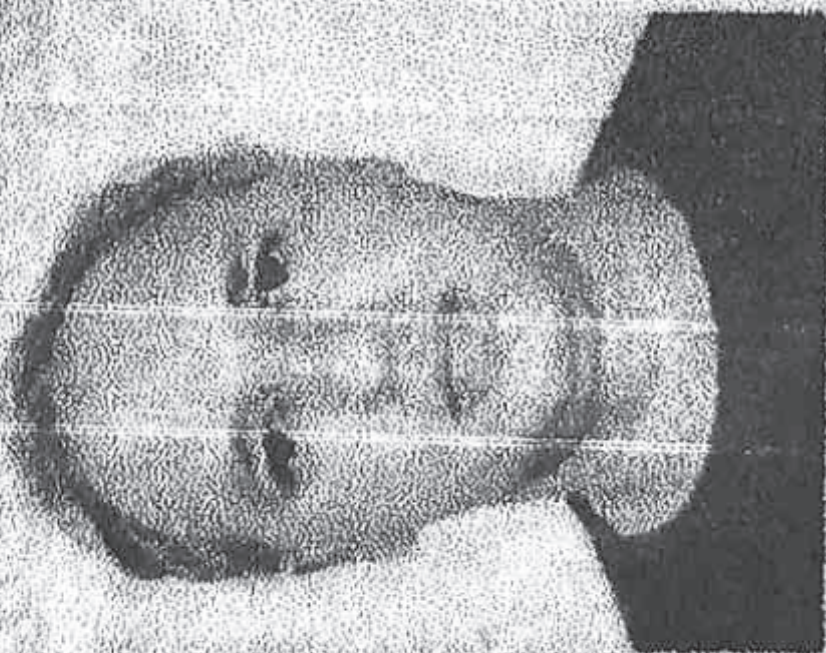
Assinatura do Emissor

45986804544
CNPJ 162381549

CEARÁ

GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1638178351



NOME
MOÍSES PESSOA ROCHA

DOC/IDENTIDADE / CDD. EMISSÃO DE
1555771661 **SSP** **PA**

CNPJ
574.607.953-72 **25/11/1972**

ENDEREÇO
**ESTEVAM ARAÚJO DA
ROCHA
MARIA LIZETE PESSOA
ROCHA**

PERMÍSSÃO
ACC **AB**

Nº MATRÍCULA
05225733467

1ª EMISSÃO
22/11/2022 **10/06/2011**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
GOVERNADOR CARLOS VIANA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA



PROIBIDO PLASTIFICAR

1633178351

Observação:

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Portador

Local

PARACANAU, CE

Data Emissão

26/02/2016

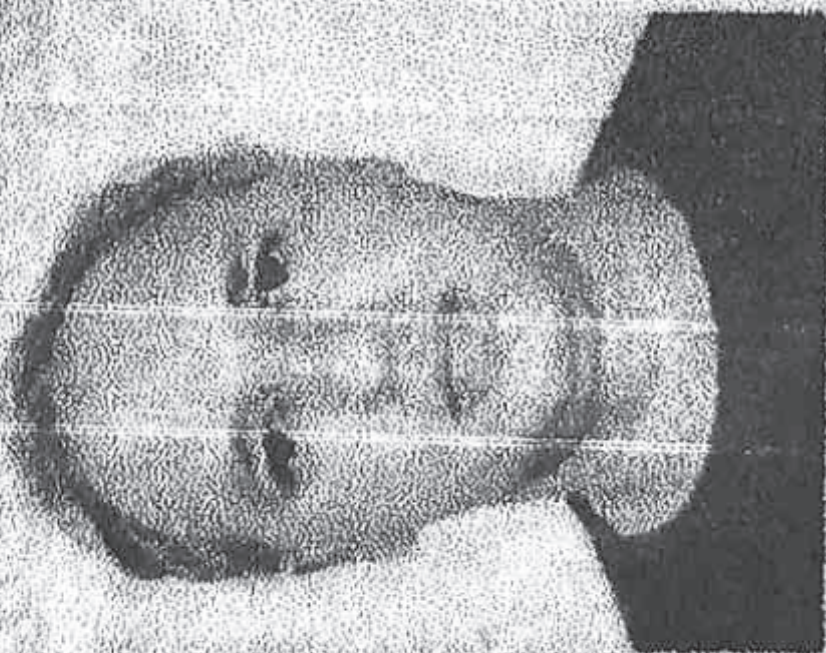
Renato Pires Rêgo

Assinatura do Emissor

45986804544
CE162381549

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1638178351



NOME
MOÍSES PESSOA ROCHA

DOC/IDENTIDADE / CDD. EMISSÃO DE
1555771661 SSP PA

CNPJ
574.607.953-72 DATA NASCIMENTO
25/11/1972

MUNICÍPIO
ESTEVAM APARECIDO DA
ROCHA
MARIA LIZETE PESSOA
ROCHA

PERMÍSSÃO
ACC
CATEGORIA
AB

Nº IDENTIFICADORA
05225733467
DATA DE EMISSÃO
22/11/2022
10/06/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

PROIBIDO PLASTIFICAR

1633178351

Observação:

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Portador

Local

PARACANAÍ, CE

Data Emissão

26/02/2016

Renato Pires Rêgo

Assinatura do Emissor

45986804544
CNPJ 162381549

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014419727973
PPT 01 1022231550 0000000000 2018

NOME: MOISES PESSOA RDCCHA
MARACANAU /CE

CPF / CNPJ: 57460795372 PLACA: PMY7190/CE

PLACA /MT /UF: 9C2NC4330ER004153

ESPÉCIE TIPO: PAS/MDOTICICLO/MAD APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / OIL: 2P/OCV/291CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COTA ÚNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COTAS: 1ª 2ª 3ª

PREMIUM TARIÁRIO (R\$): 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

MARACANAU LOCAL: DATA: 06/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419727973 BILHETE DE SEGURO DPVAT

57460795372 PMY7190/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/2019

VA: 01 57460795372 CPF / CNPJ: PLACA: PMY7190

RENAVAM: 1022231550 MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITE

ANO FAB: 2014 COTA ÚNICA: 9C2NC4330ER004153

PREMIO TARIFÁRIO: 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000

PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

MOTOR: NC4330ER004153 022289

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04



RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

014419727973
RECIBO CE Nº

022289
PMY7190
COD. RENAVAM: 1022231550
239024-02289

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014419727973
PPT 01 1022231550 0000000000 2018

NOME: MOISES PESSOA RDCCHA
MARACANAU /CE

CPF / CNPJ: 57460795372 PLACA: PMY7190/CE

PLACA /MT /UF: 9C2NC4330ER004153

ESPECÍFIC. TIPO: PAS/MDOTICICLO/MAD APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / OIL: 2P/OCV/291CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COTA ÚNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COTAS: 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

MARACANAU LOCAL: DATA: 06/02/2019
Lig. Pontes Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419727973 BILHETE DE SEGURO DPVAT
57460795372 PMY7190/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/2019

VA: 01 57460795372 CPF / CNPJ: PLACA: PMY7190

RENAVAM: 1022231550 MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITE

ANO FAB: 2014 COTA ÚNICA: 9C2NC4330ER004153

PREMIO TARIFARIO: 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000

COTA ÚNICA: 00/00/0000

SEGURO LÍDER - DPVAT

MOTOR: NC4330ER004153 02289

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

014419727973
RECIBO CE Nº

02289
PMY7190
COD. RENAVAM: 1022231550
239024-02289

ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014419727973
PPT 01 1022231550 0000000000 2018

NOME: MOISES PESSOA RDCCHA
MARACANAU /CE

CPF / CNPJ: 57460795372 PLACA: PMY7190/CE

PLACA /MT /UF: 9C2NC4330ER004153

ESPECIE TIPO: PAS/MDOTICICLO/MAD APLIC. COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / OIL: 2P/OCV/291CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA UNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COTA UNICA: 1ª 2ª 3ª
VEIC. COTAS: 1ª 2ª 3ª

PREMIUM TARIÁRIO (R\$): 00/00/0000

OBSERVAÇÕES:

MARACANAU LOCAL: DATA: 06/02/2019

Lig. Pontes
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

CE Nº 014419727973 BILHETE DE SEGURO DPVAT
57460795372 PMY7190/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/2019

VA: 01 57460795372 CPF / CNPJ: PLACA: PMY7190

RENAVAM: 1022231550 MARCA / MODELO: HONDA/CB 300R LIMITE

ANO FAB: 2014 COTA UNICA: 9C2NC4330ER004153

PREMIO TARIFARIO: 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000

COTA UNICA: 00/00/0000

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

MOTOR: NC43E3E004153

02289

014419727973
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

02289
PMY7190

02289
1022231550
239024-02289

ASSINATURA

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: 574.607.953-72 4 - Nome completo da vítima: Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: Moises Pessoa Rocha 6 - CPF: 574.607.953-72

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Maria de Souza Roriz 9 - Número: 439 10 - Complemento: —

11 - Bairro: Monguba 12 - Cidade: Pacatuba 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.809-080

15 - E-mail: 5simplifica1@gmail.com 16 - Tel (DDD): (85) 9.8422.3351

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 1004561 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Fortaleza, 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472221/19

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

MOISES PESSOA ROCHA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007622/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036874/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200043945 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES PESSOA ROCHA **Data do acidente:** 02/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.4)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472221/19

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

MOISES PESSOA ROCHA

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036874/20

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

CPF: 574.607.953-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MOISES PESSOA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MOISES PESSOA ROCHA : 574.607.953-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: MOISES PESSOA ROCHA
CPF: 574.607.953-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

MOISES PESSOA ROCHA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	06/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES PESSOA ROCHA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02999-8

CONTA: 000001004561-4

Nr. Autenticação

BRABESCO0602202005000000000023702999000001004561168750 PAGO

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200043945

Vítima: MOISES PESSOA ROCHA

Data do Acidente: 02/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MOISES PESSOA ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MOISES PESSOA ROCHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002999-8**

Conta: **000001004561-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba Pacatuba CE 61.809-080

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2999 8 CONTA: 1004561 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 LIDER 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Realiza, 27 de Dezembro de 2019.

Moises Pessoa Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

574.607.953-72 Moises Pessoa Rocha

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Moises Pessoa Rocha 574.607.953-72

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

autonomo. Rua Maria de Sa Romiz. 429 -

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Monguba. Pacatuba. CE. 61.809-080.

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Ssimplifica 1@gmail.com (85) 9.8422.3357

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco.

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 LIDER 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: Pacatuba, 27 de Dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)