
Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200103422

Vítima: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200103422

Vítima: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) relatório médico de alta relatando o tratamento realizado, folhas cirúrgicas se houver, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo: Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 4 - Nome completo da vítima:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa econômica

AGÊNCIA: 1035 CONTA: 26347 (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

expressão
digital do
vítima ou
representante
legal (se houver)

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4514 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2019 10:49:56**
Data / Hora da Ocorrência: **25/11/2019 12:50:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SANTOS DUMONT ESQUINA COM A RUA FONSECA LOBO, ALDEOTA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **09/03/1979** CPF: **633.305.043-15**
RG: **97002117226** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA BARROSO DE OLIVEIRA**
ARIMILTON PEREIRA DE OLIVEIRA
Endereço: **AVENIDA TORREON, 1510 APT 204**
Bairro: **PARQUE GUADALAJARA (JUREMA)**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.650-350**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98782-3458**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **PNJ6561** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0810HR410834** Renavam: **1109508295** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **GEISIANE DO NASCIMENTO PIO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PON1890** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **93YHSRC46GJ467211** Renavam: **1106041892** Tipo do Veículo: **CAMIONETA** Marca / Modelo: **RENAULT/DUSTER 20 D 4X2** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **POLICIA MILITAR DO CEARA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH Nº 04769473300, CATEGORIA "AB", DETRAN/CE; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PNJ-6561/CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. SANTOS DUMONT ESQUINA COM A RUA FONSECA LOBO QUANDO UM VEICULO DA PÓLÍCIA MILITAR, CARRO DE PLACAS PON-1890/CE, AVANÇOU A PREFERENCIAL E COLIDIU NA MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA ; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU, SENDO LEVADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 20/12/2019 11:13:50

Assinatura

Pág. 1 de 1

Impresso em: 20/12/2019 11:13:50





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019934275



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4514 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

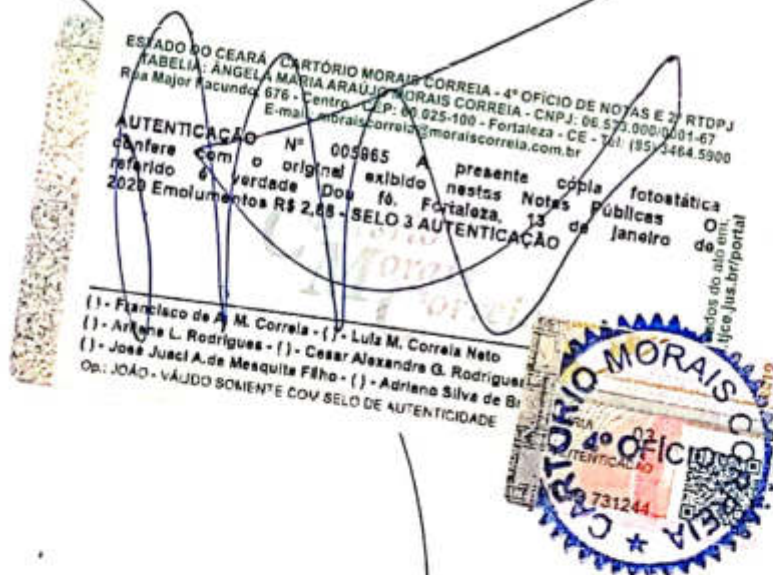
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Adriana Arrais Moreira
ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria das Graças Ferreira Uchoa
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7



DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 20/12/2019 11:13:50

Pág. 2 de 2

Impresso em: 20/12/2019 11:13:50

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: 4 - Nome completo da vítima:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa econômica

AGÊNCIA: 1035 CONTA: 26347

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

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

34

expressão
digital do
vítima ou
representante
legal (se houver)

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000026347-0

Nr. da Autenticação 3AAA40037DBEA07B



Nº de Inscrição:

0012384097

DADOS DO CLIENTE

ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA
 RUA TORREON, 1510, AP-204, PARQUE GUADALAJARA
 JUREMA (CAUCAIA) - CEP: 61.650-350
 Codificação: 269.077.00.125.00.0139.0042.0

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A17F061567	221	229	8	6

DATAS

Leitura Atual: 22/02/2020 Emissão: 02/03/2020 Lacre Água: 2559111
 Leitura Anterior: 23/01/2020 Próxima Leitura: 24/03/2020 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 00/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	000	000	000	000	000
Analisadas	000	000	000	000	000
Em conformidade	000	000	000	000	000

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	40,30	Mês/Ano
ESGOTO	35,68	FEV/2019
MULTA DE 2%	1,54	MAR/2019
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,62	ABR/2019
		MAY/2019
		JUN/2019
		JUL/2019
		AGO/2019
		SET/2019
		OUT/2019
		NOV/2019
		DEZ/2019
		JAN/2020

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,75	VALOR DO SERVIÇO	78,94
COFINS	3,73	VALOR DO SUBSÍDIO	0,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	78,14

MÊS/ANO
02/2020VENCIMENTO
11/03/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
78,14

É obrigação do usuário manter um cadastro atualizado junto à Cagece, conforme avaliações das Agências Reguladoras.

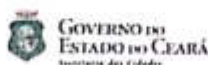
INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 11 m³ | META: 10 m³.
 Constatamos débito de R\$ 79,39. Caso pago, desconsiderar.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISO

AVISO DE CORTE

Consta em nossos registros, débito até o mês 01/2020 no valor de R\$ 79,39 referente a serviços prestados pela Cagece. Caso o débito não seja regularizado, o serviço de fornecimento de água será cortado a partir de 30 (trinta) dias a contar do recebimento desta notificação, conforme previsto nas Resoluções nº 130/2010 da Arce e 02/2006 da Acor. FAVOR DESCONSIDERAR ESTE AVISO CASO O DÉBITO TENHA SIDO QUITADO.



Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0012384097 Mês/Ano: 02/2020
 Vencimento: 11/03/2020 Total(R\$): 78,14

82650000000-3 78140009800-5 01238409700-7 02004631025-4



EMISSION: CAGECEAPP 02/03/2020 02:51:44



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza

Ocorrência do moto 12-073944721

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 10 PONTO DE APOIO: Alfarraras Nº DA OCORRÊNCIA: 12-073944721
DATA: 13/11/19 TURNO: SD EQUIPE: Daniel + Valéria
NOME: Int. Mateus Barros de Oliveira IDADE: 46 SEXO: M
ENDEREÇO: 11ª Seixas Lemos / Alameda Brasil
REFERÊNCIA: 1505 BAIRRO: Aldeota
QTY: 14 QUS: 15 QUR: 15 QUU: 15
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro/moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

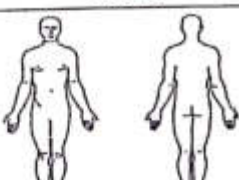
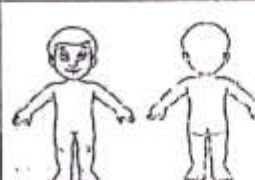
RESPOSTA AO CHAMADO ☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO
EXPANSÃO TORÁCICA ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE

A ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

B **PADRÃO RESPIRATÓRIO** ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE
INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
PALPAÇÃO / PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

C **PULSO** ☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL
PELE ☒ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA
ENCHIMENTO CAPILAR ☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg
SANGRAMENTO EXTERNO ☒ SIM ☐ NÃO
LOCAL: pele

D **ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)**
ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA ☒ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 ☐ 1
NENHUMA ☐ 1
TOTAL: 15
RESPOSTA MOTORA OBEDECE A COMANDOS ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
LOCALIZA A DOR ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
FLEXÃO ANORMAL ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
NENHUMA ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E **ADULTO** **LESÕES** **PEDIÁTRICO**

pele e abdômen


SAMPLA

FC: 76 PA: 120x70 FR: 20 GLIC.: 90 OXIM.: 98 TEMP.: _____

Int. colisão entre o carro e o moto, com o carro colidindo na lateral da moto, causando lesões no abdômen e no tórax.
Lesões no abdômen e no tórax.
Lesões no abdômen e no tórax.

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º PTDPJ
TABELA: ANGELA MARIA ARAUJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 06.173.000/001
Rua Major Fausto, 636 - Centro - CEP: 60.045-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 34
E-mail: motalacorreia@gmail.com

AUTENTICAÇÃO Nº 005965 A presente cópia foi conferida com o original exibido nestas Notas Públicas referido é verdade Dou fé Fortaleza, 13 de Junho de 2020 Emolumentos R\$ 2,88 - SELO 3 AUTENTICAÇÃO

(-) Francisco de A. M. Correia - (-) Luiz M. Correia Neto
(-) Arlindo L. Rodrigues - (-) Cesar Alexandre G. Rodrigues
(-) José Juaci A. de Mesquita Filho - (-) Adriano Silva de Brito - Escreventes
Op. JdM - VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

PREScrição Médica

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE: ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: ☐ BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE REGISTROS E 2º RTOPJ
TABELA: ANO LA MARIA ARAUJO MORAIS CORREIA - CPF: 08.73.000.001-67
Rua Major Fausto, 878 - Centro - CEP: 61.025-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 3304.3900
E-mail: mrcs@correia.com.br

AUTENTICAÇÃO Nº 005865 X presente cópia autenticada
confere com o original exibido nestes autos
referido à verdade dos fatos. 13 de Setembro de 2020
Emplumado R\$ 2,88 / SELO 3 AUTENTICAÇÃO

() - Francisco de A. N. Correia - () - Luis M. Correia Neto
() - Arlene L. Rodrigues - () - Cesar Alexandre G. Rodrigues
() - Joao Juceli A. de Mesquita Filho - () - Adriano Silva de Brito - Est. 100
Obr. JOAO - VALDO BOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

Filtro Tipo: Evolução de enfermagem

Período: 25/11/2019 20:14 a 25/11/2019 20:14

Paciente 02972808 ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

Atendimento HCF 1025509

Internação 25/11/2019 19:25

Leito 63 / 108

Médico 273 JOAO RICARDO ROLIM ARSENIADIS

Exame

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data e hora: 25/11/2019 20:14

PACIENTE ADMITIDO PARA TTC CIRURGICO COM HD DE FRATURA DE JOELHO D. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. CONSCIENTE ORIENTADO VERBALIZANDO SUAS NHBS, EM REPOUSO NO LEITO COM CVP PÉRVIO COM HV EM CURSO, EM USO DE ATB CIPRO (D1), DIETA GERAL E ZERC APÓS 24H PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ PELA MANHÃ. DIURESE ESPONTÂNEA PRESENTE. ESCORIAÇÕES PELO CORPO, MANTÉM CURATIVOS ÍNTEGROS SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Camilla Torres de Almeida
Camilla Torres de Almeida
Enfermeira
CRMEN-CE: 207221



HOSPITAL CENTRAL
DE
FORTALEZA

Ficha de Atendimento
Ambulatorial

Atendimento: 1025467 - Prontuario: 02972808

Dados do Paciente:

Nome: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA
Endereco: RUA TORREON, 1510 - POTIRA
RG: 97002117226 SSP-CE Telefones: (85) 9858.58505 / (85) 9878.23458 / ()
Sexo: Masculino Data Nasc: 09/03/1979 - 40 Anos 8 Meses
Nome da Mãe: ANTONIA BARROSO DE OLIVEIRA
Responsavel:
Cadastrado por: SARA DE OLIVEIRA SOUZA

Dados do Atendimento:

Convenio: LIV SAUDE Data Atendimento: 25/11/2019 Hora: 15:56
Matricula: 00305200033013 Validade: 31/12/2019
Medico Respon: PEDRO PAULO GOMES VIANA FILHO CRM 13038
CID/Diagnostico:
Procedimentos Autorizados:
CBHPM 1.01.01.03-9 CONSULTA CLINICA

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Exposto
fil. parte*

04.878.828/0001-88

HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA

Rua. Tristão Gonçalves, 1307-Anexo
Benfica - CEP: 60.015-002

L FORTALEZA CEAS

CONFERE COM ORIGINAL

Guiherme C. 20.12.2019

Dr. Pedro Paulo Viana
Ortopedia
CREMEC 13038

Assinatura / Carimbo Médico

Assinatura Paciente/Responsável



RECEITUÁRIO

LAUDO

paciente Amélia
Benício da Silva -
per fractura de patela
de em 25/11/2019, submeti-
do a tratamento cirúrgico
com implante
1. entorse, com 49%
de incapacidade funcional
do joelho de por ser a
mobilização e manutenção
dos movimentos de
flexão, extensão e rotação
e definitiva.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 23/04/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
97002117226 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO
633.305.043-15 09/03/1979

FILIAÇÃO
ARIMILTON PEREIRA DE
OLIVEIRA
ANTONIA BARROSO DE
OLIVEIRA



PERMISSÃO

ACC

CAT HAR

AB

Nº REGISTRO
04769473300

VALIDADE
11/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
30/09/2009

OBSERVAÇÕES

CEAR:

Arimateia Barroso de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

21/08/2019

João Vitor de F. Pontes
JOÃO VITOR DE F. PONTES

ASSINATURA DO EMISSOR

56613202561
CE172105641

CEARA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1780856670

PROIBIDO PLASTIFICAR

1780856670

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082259/20

Vítima: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

CPF: 633.305.043-15

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA : 633.305.043-15

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: 05/03/2020
Nome: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA
CPF: 633.305.043-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200103422 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG. 1, 3 - ANEXO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO EM GRAU MÉDIO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. JOÃO B. GOMES DA SILVA - CRM 5155. PG. 1

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200103422 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. PG. 3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: relatório médico de alta relatando o tratamento realizado, folhas cirúrgicas se houver

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082259/20

Vítima: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

CPF: 633.305.043-15

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 25/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA : 633.305.043-15

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: 05/03/2020
Nome: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA
CPF: 633.305.043-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082259/20

Número do Sinistro: 3200103422

Vítima: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

CPF: 633.305.043-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 24/04/2020
Nome: ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA
CPF: 633.305.043-15

ARIMATEIA BARROSO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE