

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

---

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200228317**

**Vítima: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

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

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200228317**

**Vítima: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003535**

Conta: **0000036229-7**

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200228317      **Cidade:** Horizonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA      **Data do acidente:** 16/08/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 01/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO. P.9,10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.1,6,15

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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:

839.138.233.87

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

6 - CPF:

839.138.233.87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

MOTORISTA DE MARCOS ZACARIAS

9 - Número:

07

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

TOURADO

HORIZONTE

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62882 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

05-99286251

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3535

CONTA: 36279

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 nação (nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

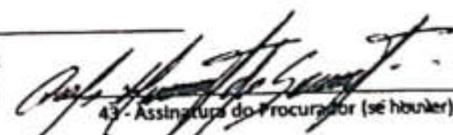
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Antonio ADALBERTO da SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



43 - Assinatura do procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 461 - 1404 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **13/03/2020 10:57:48**  
Data / Hora da Ocorrência: **16/08/2018 14:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R JOSÉ FRANCISCO, COQUEIROS - HORIZONTE/CE**  
Ponto de Referência: **CAMPO DOS COQUEIROS**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**  
Nascimento: **25/04/1982** CPF: **839.138.233-87** UF: **CE**  
RG: **98024033732** Orgão Emissor: **SSPDS**  
Filiação: **ANTONIA FERREIRA DA SILVA**  
                  **JOSE ROSA DA SILVA**  
Endereço: **RUA MARCOS ZACARIAS, 27**  
Bairro: **DOURADO** CEP: **58020-000**  
Município: **HORIZONTE/CE** Telefone: **(85) 99286-2511**  
País: **BRASIL**

**Histórico**

Afirma o declarante que no dia, hora e local supra, estava pilotando sua motocicleta de marca Honda/Pop, cor vermelha, placa POX-4236, de propriedade de FRANCISCO MARDONIO DE ALMEIDA, quando colidiu contra uma vaca que estava em plena via pública; QUE com o impacto, caiu ao chão vindo a fraturar o braço direito; QUE afirma que foi socorrido à UPA local de onde foi recambiado para o hospital Frotinha de Messejana, onde foi submetido a uma intervenção cirúrgica. E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**ALESSANDRO BASTO DAMASCENO - MAT.: 135608-1-1**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**Antonio ADALBERTO DA SILVA**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 300815-1-X**

# 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: **ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **ANTONIO ADALBERTO DA SILVA**

6 - CPF:

**83913823387**

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

**62**

**5-992862511**

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **3535**

CONTA: **36279**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (não nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

*Antonio ADALBERTO da SILVA*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Reinaldo Henrique Góes*

43 - Assinatura do procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03535

CONTA: 00000036229-7

---

Nr. da Autenticação 6A53D1E266C4CCD0

Nº do Cliente:

5217086

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Socio de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdávino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

## CONTA DE ENERGIA ELETRICA GRUPO B | SÉRIE UNICA | Nº 047205594

Rota HZ130R11 - 8200

Referência 01/2020

Nome RAIMUNDA NONATA ALVES MARQUES

Endereço RU MARCOS ZACARIAS, 00027 - 00027, DISTRITO DE  
DOURADO, 62882-000, HORIZONTE

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Emissão 16/01/2020

Ligaçāo Monofásico

Medidor 4824958-EL0-446

## ÁREA RESERVADA AO FISCO

## ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

A72A.CC9A.00CB.6CA2.F87A.BA52.2EBB.66AF

## DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

Anterior 16/12/2019 | Atual 16/01/2020 | Próxima prevista 13/02/2020



## DADOS DA MEDICĀO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Falt. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	4.923	4.868	1,00	63	00	63	0,24778	15,61

## DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	8,60
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	17,35
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-17,35
CONSUMO DE 000 KWH ATÉ 030 KWH	0,18033	5,41
CONSUMO DE 030 KWH ATÉ 100 KWH	0,30909	10,20
ADITCIONAL BAND. AMARELA	-	0,41
		0,31

06/11/18



Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome do Paciente:

Sexo: M  F  Data de Nascimento: / /

Ocupação:

Endereço:

Bairro:

fone:

Motivo do Encaminhamento:

Selvagem Redutor

Resultado de Exames:

Exame

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica:

Selvagem suspeito

Assinatura do Consultante - Nº Registro:

Presidente P. Junior

CRM/CE 3467

Função:

Data:

Hora:

AGENDAMENTO

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Profissional:

Procedimento:

Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Nome do Paciente:

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°:

Alta:

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico Principal:

CID:

Secundário 1:

CID:

Secundário 2:

Consulta Realizada:

Proposta da Conduta para Segmento:

O problema justificou a referência? SIM   
NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM

NÃO

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

2A-36108118





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA  
HORIZONTE - CEARÁ

1800667439  
AMARELO  
Incidente  
ANTONIO ADALBERTO DA SILVA  
Nro Doc  
IDENTIDAD  
Mês  
ANTONIA FERREIRA DA SILVA

Endereço  
RUA - MANOEL FERREIRA - 1132 - DOURADO - HORIZONTE - CE

Plano de saúde  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Questa Principal  
REFERE DOR INTENSA NO MBD APÓS SOFRER  
ACIDENTE DE MOTO  
Registrado por: FATIMA

16/08/2018 14:11:26  
Data Nascimento  
25/04/1962  
Órgão Emissor  
SSP CE  
Data Emissão  
Pal  
JOSE ROSA DA SILVA

FICHA DE ATENDIMENTO  
Idade  
38 A 3 M 21 D  
Sexo  
M  
Estado Civil  
SOLTEIRO(A)

CHS  
161000300990004  
Raça/Cor  
PARDA  
Contatos  
(85) 99106-6851

CLÍNICA MEDICA  
CPF  
63913023387

DATA  
Prontuário  
00056179  
Munisípicio  
QUICKERAMOBIM - CE

Ocupação  
NÃO INFORMADA

Número da carteira

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

INCIDENTE	Antônio Adalberto G. Silveira			REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
DATA OPERAÇÃO	03/01	ENFERMAGEM	II	57119483	
2º AUXILIAR	Dr. Paul	3º AUXILIAR	Dr. Mauro	CRITICO	57
ANESTESISTA	Dr. Christiane	TIPO DE ANESTESIA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura autêntica de ostesomíse + círculo ruim				
HORÁRIO DE OPERAÇÃO					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLÓGISTA					
EXAME RADIOLÓGICO PRÉ-ATO					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO					

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAIS EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

Quadrado que de ossos e artídeo  
quebra fratura no friso do friso  
fase 1º - artes autênticas de  
abordagem. V. condutor redutor e ótico  
O friso rosto de + círculo ruim  
autêntico. Tatu de plástico  
ouro

Dr. Paulo de Fassio Casuso  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 1985

11.085.137/0012-95

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Torquato Coelho, 1578  
Maringá - PR - CEP 80.864-510

Graf HDEBO-SAME-Desc Oper-003

COM ORIGINA  
10013  
10013  
10013

ROTEIRO

Ceado

# DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do (a) Senhor (a) Antônio Schuberto da Silva  
CPF nº 839.138.233-87, filho (a) de Jose Rosa da Silva e  
Antonia Ferreira da Silva que o (a) mesmo (a) foi atendido (a)  
nesta unidade Hospitalar no dia 20 de Agosto de 2018 as 13:47 horas.

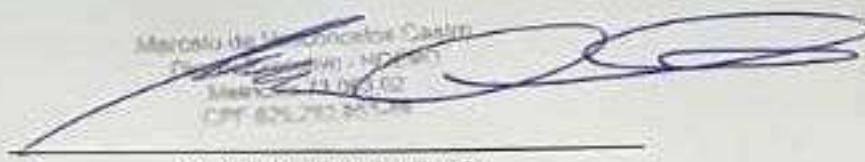
O mesmo INFORMA que foi vítima de acidente de trânsito, porém não testemunhamos a referida de ocorrência.

Orientamos o (a) mesmo (a) a relacionar testemunhas e registrar um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia Civil Especializada.

Caso o (a) mesmo (a) tenha sido socorrido (a) pela ambulância do SAMU, informamos que aquele órgão possui documentação própria relatando o tipo de atendimento.

Fortaleza, 08 de outubro de 2018.

Atenciosamente,



Marco Henrique de Oliveira  
DIRETOR EXECUTIVO  
HDEBO

PACIENTE

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE  
ANTONIO ADALBERTO DA SILVA  
CARREIRANOME DA MÃE  
ANTONIA FERREIRA DA SILVA  
ENDERECO  
RUA ITALO PAMPONA 294 ANTONIO BEZERRA  
CONTATO

DADOS PESSOAIS

Nº DO PRONTUÁRIO  
5119783SEXO  
MNº DO RG  
297200MUNICÍPIO  
NÃO INFORMADOUF  
CECEP  
60.000-000

DIA DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/SAÍDA DO AC. DCTE

OCCORRÊNCIA

QUADRO  
PACIENTE REFERE DOR EM MSD APÓS QUEDA  
SINTOMAS  
NI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO  
AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICAESCALA DE GOM  
99 (ADULTO)PESO  
NI KG  
TEMPERATURA  
NI °C  
CLASSIFICAÇÃO  
AMARELOPRESSÃO ANTERIOR  
NUNISINAIS VITais  
SAU DE  
NNUPESO  
NIGLICÉMIA  
NIALÉRGICOS  
NAO SABE INFORMARRESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOSDATA E HORA DA CLASSE  
20/08/2016 13:47:22PRAIA DE ATENDIMENTO  
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

AN

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

00

SABT SOLICITADO

() HC ( ) ISU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS

MEDICAMENTO

PREScriÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALTAISADA  
() DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO - OBITO ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) AMIGOS ( ) PATOLO

CARTÃO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por francisca cristiane da silva lima ramos em 20/08/2016, 13:47:22  
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.

antonio adalberto da silva

CONFERE COM ORIGINAL  
17/09/18  
Socfus

(94)

04335 197/0012-45

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRAAv. José Estelita Teixeira C. 1578  
Messejana - CEP





**PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
HORIZONTE**



# SECRETARIA DA SAÚDE



**NOME** Antônio Adelberto da Silva

OT

## PRONTUÁRIO

ACS



PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
HORIZONTE

500

SECRETARIA  
DA SAÚDE

卷之三

## ASPECTS OF EXPERIENCE

no 45 - Zumbi - Horizonte - Ce | CEP: 62880-000 - Fone/(65) 3316-6060

www.kirjatieto.fi 558



Unidade de Origem: UPA Horizonte

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: Antônio Adolfo da Silva

Sexo M  F  Data de Nascimento: 25/4/1912 Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 36 a, vítima da crise da crise da trânsito.  
com fratura de rádio (diáfise) direita.

Resultado de Exames: Rx com o paciente

Conduta já Realizada: Analgesia

Impressão Diagnóstica: Fratura de rádio direita

*Dr. Paulo Pinto Pinheiro Bastos  
Anestesia*

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro

Médico

16/8/16 16:00

Data

Hora

Função

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Consulta Profissional: Intervenção

16/8/16 16:00

Data

Hora

Unidade de Referência: Intubação

### FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

CONFERE COM O ORIGINAL

28/09/2018

*Danielle Carvalho Ort  
Assistente Social  
RESS 2639 3ª Região*

FUNCIONARIO/A/UPA

Diagnóstico: Principal: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_

Conduta Realizada: \_\_\_\_\_

*Danielle Carvalho Ort  
Assistente Social  
RESS 2639 3ª Região*

Proposta da Conduta para Segmento: \_\_\_\_\_

O problema justificou a referência? SIM

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? SIM

NÃO

NÃO

Assinatura do Consultante - Nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

TIPO DE PACIENTE: AMARELO  
Data: 18/03/2018 14:11:26  
Nome: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA  
Sexo: Masculino  
Idade: 28  
RG: 59024633733  
MUNICÍPIO: ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Endereço: RUA - MANOEL FERREIRA - 1132 - DOURADO - HORIZONTE - CE  
Plano de saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Causa Principal: REFERE DOR INTENSA NO MBD APÓS SOFRER ACIDENTE DE MOTO  
Referido por: FATIMA.

Data Nascimento: 28/04/1982  
Órgão Emissor: SSP/CE  
Data Emissão: PIS: JOSE ROSA DA SILVA

Nome: JOSE ROSA DA SILVA

FICHA DE ATENDIMENTO

Sexo: CNS  
36 A 3 M 21 D 181000305900094  
Série: Estado Civil  
M SOLTEIRO(A)

CLÍNICA MÉDICA

CPF: 83913823387  
Nome: Nenhum  
ENDERECO: DOURADO - CE

CLÍNICO

Plano de saúde: NÃO INFORMADA  
Data validade: N/A  
Temperatura: N/A  
Peso: N/A  
Pressão Arterial: N/A

Atendimento de Enfermagem  
Impresso por: PAULO PEDRO

Profissional de Enfermagem: LUCILEIDE

Atendimento

Anamnese Médica

PACIENTE RELATA QUE FOI VITIMA DE OCORRENCIA DE TRÂNSITO E APRESENTA DOR EM ANTEBRAÇO D E DOR EM HTD. NEGA ALERGIAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

POLITRAUMA

Exames Complementares

RX

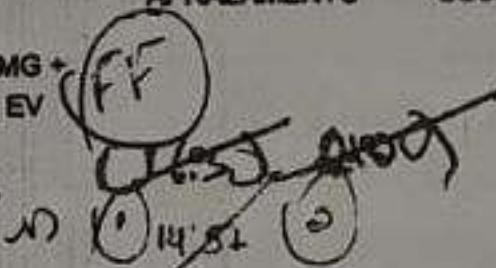
PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

PROFISSIONAL

1. PROFENID 100 MG +  
100 ML SF 0,9% EV  
AGORA.  
2. RL 1000 ML, EV.  
RÁPIDO.



Carla  
122266

Conduta

Alta por Decisão Médica  Alta a Pedido  Alta a Revisão  Transferência para: \_\_\_\_\_

Observação (Até 24h)  Internação Data e Hora de Saida/Alta: / / /

Óbito

Antes do Primeiro Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

PAULO PEDRO PINHEIRO BASTOS  
Médico

CONFERE COM O ORIGINAL

28/03/2018

Assistente Social  
CRF/MG 11.500  
Funcionário / UPA

Assistente Social  
CRF/MG 11.500



## RELATÓRIO DE ALTA

VISITANTE <i>Antônio</i>	UNIDADE Enfermaria	ENFERMARIA	LEITO <i>54</i>
DATA DE TRATAMENTO <i>30/03/18</i>	DATA DA ALTA <i>08/09/18</i>	DATA DO RETORNO <i>12/09/18</i>	MENSAJE PARA RETORNO <i>Antônio</i>

### RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

*Onas*

### DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL  
*Artrite articular*

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

*le*

### TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

*Cintur*

### TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

*MIN + MB*

CONDIÇÕES DA ALTA:

CURADO  MELHORADO  PIORADO  OBTOS  OUTROS

### OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

*8/9/18*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Fábio de Tasso C. Castro  
Ortopedia / Traumatologia  
08/09/2018  
Gráfica da SAMG Relatório de Alta-002

06/11/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ANTONIO ADALBERTO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR IF  
98024033732 SSPDC CE

CPF  
839.138.233-87 DATA NASCIMENTO  
25/04/1982

Função  
JOSE ROSA DA SILVA

ANTONIA FERREIRA DA  
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. MAR

AB

Nº REGISTRO  
03849901118

VALIDADE  
31/10/2022

1ª HABILITAÇÃO  
06/05/2006

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

*Antonio Adalberto da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO  
19/01/2018

*l~VJ-371*  
REG. VALOR: CEL. DA PÓRTA

ASSINATURA DO EMISOR

66750160461  
CE162106017

**CEARÁ**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1631540947

PROIBIDO PLASTIFICAR

1631540947

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.NTRC. EXERCÍCIO  
JIRAOI 1159807776 0000000000 2019

FRANCISCO MARDONIO DE ALMEIDA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

HORIZONTE/CE

CPF / CNPJ  
04044262390

PLACA  
POX4236

PLACA ANT / UF  
\*\*\*\*\*/CE

CHASSI  
9C2JB0100JR039839

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA / MODELO  
HONDA/ POP 110I

ANO FAB  
2018

ANO MOD.  
2018

CAP / POT / CIL  
2P/0CV/109CC

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

I  
P  
V  
A  
COTA UNICA  
\*\*\*\*\*  
FAIXA I.PVA.  
\*\*\*

VENC. COTA UNICA  
\*\*/\*\*/\*\*  
PARCELAMENTO / CDTAS  
\*\*\*\*\*  
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)  
00.11

1º VENC / COTAS  
\*\*\*\*\*  
2º \*\*\*\*\*  
3º \*\*\*\*\*

IOF (R\$)  
0.32

PRÉMIO TOTAL (R\$)  
04.58

DATA DE PAGAMENTO  
10/06/2019

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

HORIZONTE

LOCAL

117 06/2019



Igor Rante

LEIA NOME

SEU OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014414983734 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

04044262390

POX4236

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

014414983734

68473942764

EXERCÍCIO  
2019

DATA EMISSÃO  
11/06/20

VIA  
01

CPF / CNPJ  
04044262390

PLACA  
POX4236

RENAVAM  
1159807776

MARCA / MODELO  
HONDA/ POP 110I

ANO FAB  
2018

CAT TARIF  
09

CHASSI  
9C2JB0100JR039839

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENS (R\$)  
36.05

DENATRAN (R\$)  
4.01

VALOR DO SEGURO  
40.05

ADSTO BILHETE (R\$)  
0.32

IOF (R\$)  
0.32

VALOR DO SEGURO  
34.58

PAGAMENTO

10/06/20

COTA UNICA

PARCELADO

PROPRIETÁRIO  
SEGURADORALIDER DPVAT  
LOTE / DOC. 22105/05 Lacre  
MOTOR: JB01E0JU59774  
CNPJ 09.348.608/0001-04



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO ADALBERTO DA SILVADATA DO ACIDENTE 16/08/2018 CPF DA VÍTIMA 839.138.233-87

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA ÉENDERECO DO PORTADOR RUA MARCOS ZACARIAS, 27Nº   COMPLEMENTO   BAIRRO  CIDADE   UF   CEP  E-MAIL   TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA  IDENTIDADE  ASSINATURA  

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25-06-2020NOME Anderson SilvaASSINATURA Analista DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200228317      **Cidade:** Horizonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA      **Data do acidente:** 16/08/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO. P.9,10

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.1,6,15

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176579/20

**Vítima:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

**CPF:** 839.138.233-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/08/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO ADALBERTO DA SILVA : 839.138.233-87**

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](http://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: 26/06/2020  
Nome: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA  
CPF: 839.138.233-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva