
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

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, 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



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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

83913823387 ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA 6 - CPF: 83913823387
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: R. MARCOS ZACARIAS 9 - Número: 27 10 - Complemento:
11 - Bairro: DOURADO 12 - Cidade: HORIZONTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62882-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95-992862511

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:

☒ 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)

AGÊNCIA: 3535 CONTA: 36229 7

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

☒ 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.

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 Líder 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) ☐ 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 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x 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 Nº 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:
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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

83913823387 ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA 6 - CPF: 83913823387
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: R. MARCOS ZACARIAS 9 - Número: 27 10 - Complemento:
11 - Bairro: DOURADO 12 - Cidade: HORIZONTE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 62882-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95-992862511

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:

☒ 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)

AGÊNCIA: 3535 CONTA: 36228 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ 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.

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 Líder 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 nascituro (ou nascos)? ☐ 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x Antonio Adalberto da Silva

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: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03535

CONTA: 000000036229-7

Nr. da Autenticação 6A53D1E266C4CCD0

Nº do Cliente:

5217086

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

enei

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | 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

Ligação Monofásico

Emissão 16/01/2020

Medidor 4824958-ELO-446

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

A72A.CC9A.00CB.6CA2.F87A.BA52.2EB8.66AF

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias

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



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	4.923	4.860	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
ADICIONAL BAND. AMARELA	-	0,41
		0,31

06/11/18





PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome do Paciente: André Luiz de Lencastre

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nascimento: 1 / 1 /

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Severas dores

Resultado de Exames: sem

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Doença de quiquê, 4

Assinatura de: Dr. Vicente R. Junior

Traumatologia
CREMELO 5467
Ortopedia

Função: _____

Data: 1 / 1

Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: 1 / 1

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome do Paciente: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N°: _____

Alta: 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Conduta 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 - N° Registro: _____

Função: _____

Data: _____

1A-36/08/18



ANTHROPOLOGICAL
LAB - 10/10/18



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

CLINICA MEDICA
CPF 83913823387
Prontuário 00055179
Naturalidade QUIXERAMOBIM - CE

Ocupação
NÃO INFORMADA

Data validade

Temperatura
N/I

Peso
N/I

Pressão Arterial
N/I

Profissional da chamada: LUCILEIDE

FICHA DE ATENDIMENTO

1800967439 AMARELO 18/08/2018 14:11:26
Data Nascimento 28/04/1982
Idade 38 A 3 M 21 D
CNS 161006300990004
Sexo M Estado Civil BOLTEIRO(A)
Raça/Cor PARDA
Contatos (85) 99106-6851
Mãe ANTONIA FERREIRA DA SILVA
Pai JOSE ROSA DA SILVA

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

Plano de saúde
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Queixa Principal
REFERE DOR INTENSA NO MSD APÓS SOFRER
ACIDENTE DE MOTO

Registrado por: FATIMA

Anamnese de Enfermagem

Impresso por: PAULO PEDRO

Atendimento

Anamnese Médica

PACIENTE RELATA QUE FOI VÍTIMA DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO E APRESENTA DOR EM ANTEBRAÇO D E DOR EM HT
NEGA ALERGIAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

POI TRAUMA

NOME: <i>Adalberto de Almeida</i>			
DATA DE NASCIMENTO: <i>03/09/1954</i>		ENFERMAGEM: <i>II</i>	
1º AILUXIAR: <i>Dr. Paulo de Jesus Castro</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM 1985</i>		2º AILUXIAR: <i>Dr. Mauro</i>	
ANESTESISTA: <i>Dr. Christiane</i>		TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO: <i>Fratura antebraço de</i> <i>osteossintese + enxerto auto</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO:			
DIAGNOSTICO POS OPERATORIO:			
RELATORIO MEDICO PATOLOGISTA:			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO ASPECTOS VISCERAS

*Quilodato gueto de anseira e antipse
Vampiro. Fratura no tmo do braço
Frac. comp. - antep. antebraço de bra
aberto. Vascularização adequada
Or. fratura radi. de + enxerto auto
antep. Antep. de placa fix. placa
Queto odon. + Fratura*

Dr. Paulo de Jesus Castro
Ortopedia / Traumatologia
CRM 1985

[Assinatura]

COM ORIGINAL
1999/18
[Assinatura]

15.085.137/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Torrez Coelho, 1578
Maracana - CEP 80.864-510

DECLARAÇÃO

Declaro a pedido do (a) Senhor (a) Antonio Adelberto 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 20 18 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 20 18.

Atenciosamente,

Marcelo de M. Conceição Castro
Diretor Executivo - HDEBO
Mestrado em 19/09/02
CPF: 625.282.84-14

DIRETOR EXECUTIVO
HDEBO

PACIENTE

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CDEB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº PROCTUAST

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - MASCULINO ☐ FEMININO ☐

11 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

12 - ODD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO DO RUA Nº - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNIC

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

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 REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE EM TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - CHAE EMPRESA

38 - SÉRIE

39 - CDEB

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APRESENTADO

☐ NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - DATA DO DOCUMENTO

47 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



NOME Antonio Adalberto da Silva

QT PRONTUÁRIO ACS

DATA	HIST. CLÍNICA - EXAMES, DIAGNÓSTICOS, PRESCRIÇÕES	RÚBRICA
16/08/18	Paciente A.A.S. 36 anos. HD: Politrauma. Deu entrada na unidade com queixa de acidente de trânsito, apresentando dor em antebraço D e dor em HTD. Ao RX: fratura de rádio (diáfise) direito. Medicado conforme prescrição. Evolu: consciente e orientado, deambulando, supino em a a, apnéu. Segue aguardando em observação aos cuidados da equipe. —	Paula Cristina S. da Silva Enfermeira COREN-CE 17550
17/08/18	A.A.S. 36 anos, HD: Fratura rádio D, após acidente de trânsito. Evolu: extirvel, consciente, orientado, supino em a a ambiente, normocárdico, normotênico - apnéu. Aguarda avaliação com o traumatologista. —	Adriana Carolina Enfermeira COREN-17550
CONFERE COM O ORIGINAL <u>28 / 09 / 2018</u> Fonelle da Silva Assistente Social FUNÇÃO SOCIAL COREN-SS 2639 - Região		

L: 07



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nome do Paciente		Endereço		Reg.		Enl. Ou Appt.		Lado		Médico admi. (assinatura)	
Antonio Adalberto da Silva								10			
Nº		Profissão		Viv. ou Condição		Sexo		Nascimento		Condição Pacien.	
				1 - Masculino 2 - Feminino		1 - seg. 2 - esp.		Mês ANO		1 - 1º filho 2 - 2º filho 3 - 3º filho 4 - outros	
Tel.		Munic. Ou Estado		Munic. Ou Estado		Munic. Ou Estado		Munic. Ou Estado		Munic. Ou Estado	

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSAGEM	TPO	QUANT.	VIA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
16/08/10							16:30 p.m. - admissão
17/08/10							ver observação
18/08/10							ver observação
19/08/10							ver observação
20/08/10							ver observação
21/08/10							ver observação
22/08/10							ver observação
23/08/10							ver observação
24/08/10							ver observação
25/08/10							ver observação
26/08/10							ver observação
27/08/10							ver observação
28/08/10							ver observação
29/08/10							ver observação
30/08/10							ver observação
31/08/10							ver observação
01/09/10							ver observação
02/09/10							ver observação
03/09/10							ver observação
04/09/10							ver observação
05/09/10							ver observação
06/09/10							ver observação
07/09/10							ver observação
08/09/10							ver observação
09/09/10							ver observação
10/09/10							ver observação
11/09/10							ver observação
12/09/10							ver observação
13/09/10							ver observação
14/09/10							ver observação
15/09/10							ver observação
16/09/10							ver observação
17/09/10							ver observação
18/09/10							ver observação
19/09/10							ver observação
20/09/10							ver observação
21/09/10							ver observação
22/09/10							ver observação
23/09/10							ver observação
24/09/10							ver observação
25/09/10							ver observação
26/09/10							ver observação
27/09/10							ver observação
28/09/10							ver observação
29/09/10							ver observação
30/09/10							ver observação
01/10/10							ver observação
02/10/10							ver observação
03/10/10							ver observação
04/10/10							ver observação
05/10/10							ver observação
06/10/10							ver observação
07/10/10							ver observação
08/10/10							ver observação
09/10/10							ver observação
10/10/10							ver observação
11/10/10							ver observação
12/10/10							ver observação
13/10/10							ver observação
14/10/10							ver observação
15/10/10							ver observação
16/10/10							ver observação
17/10/10							ver observação
18/10/10							ver observação
19/10/10							ver observação
20/10/10							ver observação
21/10/10							ver observação
22/10/10							ver observação
23/10/10							ver observação
24/10/10							ver observação
25/10/10							ver observação
26/10/10							ver observação
27/10/10							ver observação
28/10/10							ver observação
29/10/10							ver observação
30/10/10							ver observação
31/10/10							ver observação

CONFERE COM O ORIGINAL

28/10/10

Quarta-feira
Danielle Carvalho Oria
FUNDACIONÁRIO

Danielle Oria
Danielle Carvalho Oria
Assistente Social
CRSS 262977-2 Recinto



PREFEITURA DE
HORIZONTE
Secretaria de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: UPA Horizonte
Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome do Paciente: Antonio Cidreira da Silva
Sexo M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 25 / 4 / 1982 Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente, 36 a, vítima de ocorrência de trânsito, com fratura de rádio (diáfise) direito.

Resultado de Exames: Rx com o paciente.

Conduta já Realizada: Osteosíntese

Impressão Diagnóstica: Fratura de rádio direito.

Dr. Paulo Roberto Pinheiro Bastos
Médico

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Médico

Função

16 / 8 / 18

Data

16:00

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: Osteosíntese Profissional: traumatologista
Unidade de Referência: Interna Data: 16 / 8 / 18 Hora: 16:00

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome do Paciente: _____
Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

28 / 09 / 2018

Danielle Carvalho Oria
Assistente Social
FUNÇÃO: UPA

Diagnóstico: Principal: _____ Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Conduta 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 - N° Registro

Função

Data

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

18/09/2018 14:11:26
AMARELO
18/09/2018 14:11:26
Data Nascimento
28/04/1982
Orgão Emissor
SSP CE
Data Emissão
Pai
JOSE ROSA DA SILVA
FICHA DE ATENDIMENTO
Idade
38 A 3 M 21 D
Sexo
M
Estado Civil
SOLTEIRO(A)
Raza/Cor
PARDA
CPF
83913423387
Naturalidade
QUIXERAMOBIM - CE
CLINICA MEDICA
Prontuário
00006179
Ocupação
NÃO INFORMADA
Data validade
Temperatura
NN
Peso
NN
Pressão Arterial
NN
Profissional da chamada: LUCILEIDE
Anamnese de Enfermagem
Impresso por: PAULO PEDRO
Registro por: FATIMA

Atendimento

Anamnese Médica

PACIENTE RELATA QUE FOI VÍTIMA DE OCORRÊNCIA 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.

(FF)
06.35.2100
14.51

Carla
422569

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: ()
Observação (Alé 24h) ☒ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico
Dr. Paulo Pedro Pinheiro Bastos
Médico

3. Profenid 100 mg, 3 M.

Daniel de Aguiar
Assistente Social
CRESS 26.29

CONFERE COM O ORIGINAL

28/09/2018

FUNÇÃO: FUNCIONÁRIO / UPA



RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>Antônio</i>	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO <i>57</i>
PRONTUÁRIO			
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>20/03/18</i>	DATA DA ALTA <i>05/09/18</i>	DATA DO RETORNO <i>17/09/18</i>	MENÇÃO PARA RETORNO <i>7706</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Quadrado

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Distúrbio de equilíbrio</i>
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>le</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Ativa + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

05/09/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Tasso C. Castro
Ortopedia / Traumatologia
CRM 1985

06/11/18



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

NOME
ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
98024033732 SSPDC CE

CPF DATA NASCIMENTO
839.138.233-87 25/04/1982

FILIAÇÃO
JOSE ROSA DA SILVA
ANTONIA FERREIRA DA
SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
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

Igor Vasconcelos Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

66750160461
CE162106017

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1631540947

PROIBIDO PLASTIFICAR

1631540947

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014414983734
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA JIR 01 COD RENAVAM 1159807776 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 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	VENC. COTA UNICA	1º
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º
			3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 60.43 DATA DE PAGAMENTO 10/06/2019

OBSERVAÇÕES

HORIZONTE

LOCAL

Igor Ponte



DATA 11/06/2019

É OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

SAC DPVAT 0800 022 1204

014414983734 68473942764

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/06/2019

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 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.32 IOF (R\$) 0.11 CUSTO DO SEGURO 40.46

PAGAMENTO

☒ COTA UNICA

☐ PARCELADO

10/06/2019

PROPRIETÁRIO

LOTE/DOC. 227468705 LACRE. MOTOR: JB01E0J039774

CNPJ 09.248.608/0001-04



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 16/08/2018 CPF DA VÍTIMA 839.138.233-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MARCOS ZACARIAS, 27
Bairro: DOURADO

Nº _____ 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25-06-2020

NOME Andersson Silva

ASSINATURA 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

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176579/20

Vítima: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

CPF: 839.138.233-87

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

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 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

ANTONIO ADALBERTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Antonia Daniella Ferreira da Silva