
Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032863

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200032863 Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

Data do Acidente: 07/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200032863 Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

Data do Acidente: 07/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032863

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILKER BARROS ALEXANDRE

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **WILKER BARROS ALEXANDRE**

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

Banco: **237**

Agência: **000002999-8**

Conta: **0000076106-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
VALE UTILIDADES SERVICOS DE FOTOCOPIAS
AV MENDEL STEINBRUCH KM 4 CEASA GP7 L3 4
TELM.NET-ISO 00020602 DATA 03/02/2020
DATA:03/02/2020 HORA DE BRASILIA:15:20

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA: 02999 - DIST.INDUST-UMARAC

CONTA : 000000076106-0

NOME : WILKER BARROS ALEXANDRE

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO : 5,00

VALOR EM CHEQUE : 0,00

VALOR TOTAL : 5,00

AG. BRADESCO : 2999 -

DIST. INDUST-UMARAC

CORRESP. BANC.: 004 - VALE UTILIDADES -

MATRIZ

NSU: 004160587502 AUTENTICADO: 133149

O VALE UTILIDADES SERVICOS DE
FOTOCOPIAS LTDA ATUA COMO
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO
BRADESCO S.A.

CONSERVE ESTE RECIBO

DAVID ORLA DAVIDE LDO
0000 727 5933

NSU REDE: 054357 HORA REDE: 15:20:30

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:

053.097.653-60

4 - Nome completo da vítima:

WILKER BARROS ALEXANDRE

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

5 - Nome completo:

WILKER BARROS ALEXANDRE

7 - Profissão:

Marceneiro

8 - Endereço:

Rua 20

6 - CPF:

053.097.653-60

11 - Bairro:

Alto Alegre

12 - Cidade:

Maracanaú

9 - Número:

1074

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61.910-000

16 - Tel.(DDD):

(85) 99421.0253

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☒

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco - 237

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Não

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 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, Maracanaú - CE, 03/10/2020

WILKER BARROS ALEXANDRE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 11445 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/12/2019 08:56:48**
Data / Hora da Ocorrência: **07/10/2019 07:10:30**
Endereço da Ocorrência: **ESTR DO PICUI, O PRÓXIMO AO VIADUTO, PICUI - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **WILKER BARROS ALEXANDRE**
Nascimento: **11/04/1989** CPF: **053.097.653-60**
RG: **2005009206320** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA FÁTIMA BARROS ALEXANDRE**
NI
Endereço: **RUA 16, 427**
Bairro: **ALTO ALEGRE I** CEP:
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98791-8847**

Materiais / Documentos Envolvidos

1) RG Órgão Emissor: SSP-CE - PERDIDO
PROPRIETARIO: WILKER BARROS ALEXANDRE

Histórico

QUE na data, local e hora acima mencionados, o noticiante estava trafegando em sua bicicleta, quando foi colidido por um veículo de cor branca, cujo modelo e placas não sabe informar; QUE o noticiante caiu ao solo e permaneceu neste por alguns minutos; QUE o condutor do veículo evadiu-se do local; QUE o noticiante após se recompor, saiu andando e que sua bicicleta ficou bastante deteriorada; QUE ficou sentindo muitas dores; QUE foi ao hospital Dionísio, em Maracanaú, onde foi constatado a quebra de seu punho; QUE na ocasião do acidente perdeu seu documento de identificação (RG); QUE foi submetido a uma cirurgia para colocação de dois pinos em seu punho; e nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Andreia Braga
ANDREIA BRAGA DE ALBUQUERQUE PAULA PESSOA - MAT.: 30120035

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: WILKER BARROS ALEXANDRE

VISTO DO DELEGADO(A): [Assinatura]
LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

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:

030.978.693-17

4 - Nome completo da vítima:

ELISEU ALVES 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:

ELISEU ALVES DA SILVA

6 - CPF:

030.978.693-17

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

Rua MONTAUDU - JERROTA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Zona RURAL

12 - Cidade:

SENADOR SA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

62970-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 9 9605.0011

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)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0554

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 307.79

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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:

SENADOR SA 03 JANUÁRIO 2020

ELISEU ALVES DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 030.978.693-17

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

ASSINATURAS

TESTEMUNHAS

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 5 meses 26 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular:	Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	
3598522411			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 07/10/19		Hora: 07:27:31	
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO		CRM: 11696	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULANCIA:		MOTORISTA:	
NUMERO DA AR: 427		Situação:	
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS			

AMARELO ()

COMISSÃO REVISORA DE PRECATORIOS
CONFERE COM ORIGINALIZAÇÃO DE RISCO
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE PAUERS DE ()
CNPJ: 06.587.011/0001-08
MARACANAÚ-CE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

1º SUMO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

1º e 2º grau de lesão no CS
digo afropelamento

EXAMES SOLICITADOS

RX Fratura Antebrao Distal

DIAGNÓSTICO

CID: 030309015

PROCEDIMENTO

Red. Fratura 8/1 Gimgel

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogério Araújo do Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

X No Salvanna

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 15 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular:	Telefone Residencial		Telefone Comercial
8598522411			

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 26/11/19	Hora: 08:31:16
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO	CRM: 6308
Especialidade:	Unidade: RECEPCAO
Convênio: SUS	Categoria: SUS
AMBULANCIA	MOTORISTA
NÚMERO DA AR: 427	Situação:
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS	

AMARELO ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERDE ()

AZUL ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

P.O. de fratura do antebraço

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Do antebraço

EXAMES SOLICITADOS

Fratura do pulso

DIAGNÓSTICO:

CID 030309000

PROCEDIMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAULISTA
CNPJ: 06.587.811/0001-06
MARACANAÚ-CE 13/10/2020

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	WILKER BARROS ALEXANDRE
----------	-------------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	02999-8
----------	---------

CONTA:	000000076106-0
--------	----------------

Nr. Autenticação

BRABESCO1202202005000000000023702999000000076106168750 PAGO

Nº DO CLIENTE
10093482

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Wiclevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.048-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 575280452

Rota 14 26001 12 118600 - 0 Data de Emissão 21/05/2019

Nome CLIENTE PROCURE A ENEL

End. Postal RU 0020 ALTO ALEGRE 01074

ALTO ALEGRE - MARACANAÚ - 61910000

Medidor 3308393

Posto 9999 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 00000000000043

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Mai/2019
Data de Apresentação 21/05/2019
Previsão Próxima Leitura 21/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Mai/2019 EIGD 22,50
Mês DIC 0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 162,92
Alíquota 17,00%
Valor do ICMS 27,69

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	14,15	20,30	40,51	0,00	0,00	0,00
FIC	7,44	14,89	29,79	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,38			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

564,3041-3-21-11-7100-870-3452

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1421	1401	1,00	200	0,00	200	0,7131	142,62
21/05/19	22/04/19		29 DIAS		200		162,92

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS	VALOR (R\$)
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	162,92
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	37,71
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,18)	15,58

VENCIMENTO 28/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 216,21

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	142,62
Iluminação	4,57
Distribuição	3,71
Encargos Setoriais	51,20
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	51,20
TOTAL	162,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido 83,20 Compensado 0,00 Condição Ecológica (% CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:

Informamos existir débitos vencidos sem arcuados, resultando nesta data, no valor de R\$ 77,78. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

DÉBITOS ANTERIORES

Mês Ant. 03/2019 Valor R\$ 77,78

Considere desta fatura R\$ 7,28 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,81% e COFINS: 3,67% (Lei nº 9.472/96 - Anexo II - Lei nº 10.637/02 e 10.638/02)

Informamos que a tarifa foi reajustada em média em 8,22% conforme Resolução Homologatória ANEL 2.530-2019 em vigência 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA em MAIO-19. www.enel.gov.br

Nº do Cliente: 10093482 Referência: Mai/2019
Data de Emissão: 21/05/2019 Total a Pagar (R\$): 216,21
Nº da Nota Fiscal: 83870000002-8 Nº de Controle: 0010093482 00003 39032 07
83870000002-8 16210031000-8 00100934820-2 00033903262-6



ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 5 meses 26 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular:	Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	
3598522411			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 07/10/19		Hora: 07:27:31	
Médico: ROGERIO ARAUJO DO NASCIMENTO		CRM: 11696	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convenio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULANCIA:		MOTORISTA:	
NUMERO DA AR: 427		Situação:	
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS			

AMARELO ()

COMISSÃO REVISORA DE PRECATORIOS
CONFERE COM ORIGINALIZAÇÃO DE RISCO
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MEDICA DE PAUERS DE ()
CNPJ: 06.587.011/0001-08
MARACANAÚ-CE

MOTIVO DO ATENDIMENTO

1º SUMO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

1º som do tratamento
digo afropelamento

EXAMES SOLICITADOS

RX Fractura Antebrao Distal

DIAGNÓSTICO

CID: 030309015

PROCEDIMENTO

Red. Fractura 8/1 Gimgel

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dr. Rogério Araújo do Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM: 11696

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

X No Salvanna

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 15 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPF:
2005009206320			
Celular:	Telefone Residencial		Telefone Comercial
8598522411			

DADOS DO ATENDIMENTO

Data atendimento: 26/11/19	Hora: 08:31:16
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO	CRM: 6308
Especialidade:	Unidade: RECEPCAO
Convênio: SUS	Categoria: SUS
AMBULANCIA	MOTORISTA
NÚMERO DA AR: 427	Situação:
Atendente: JEFFERSON PAULINO DOS SANTOS	

AMARELO ()

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERDE ()

AZUL ()

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

P.O. de fratura do antebraço

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Do antebraço

EXAMES SOLICITADOS

Fratura do pulso

DIAGNÓSTICO:

CID 030309000

PROCEDIMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAULISTA
CNPJ: 06.587.811/0001-06
MARACANAÚ-CE 13/10/2020

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL
ANAMNESE DO PACIENTE**

DADOS DO PACIENTE		() Prioridade	Registro: 1583
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE		CNS: 165362326400001	
Idade: 30 anos 7 meses 29 dias		Data Nasc: 11/04/89	
Nome da mãe: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE		Nome do pai:	
Endereço: 16		Nº: 427	
Bairro: ALTO ALEGRE I		Município: MARACANAÚ	
RG: 2005009206320	Orgão Expedidor:	Expedição:	CPE:
2005009206320			
Celular:	Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	
8598522411			
DADOS DO ATENDIMENTO			
Data atendimento: 10/12/19		Hora: 08:31:24	
Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO		CRM: 6308	
Especialidade:		Unidade: RECEPCAO	
Convênio: SUS		Categoria: SUS	
AMBULÂNCIA:		MOTORISTA:	
NÚMERO DA AR: 427		Situação:	
Atendente: ANTONIO JONES MOTA DE SOUZA			

AMARELO () CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
VERDE ()

MOTIVO DO ATENDIMENTO: RESUMO DE TRATAMENTO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante				CNPJ		Data de Emissão	
Associação Beneficente Médica Pauçara				2372150		18/11/2019	
Nome do Estabelecimento Executante				CNPJ		Data de Emissão	
Associação Beneficente Médica Pauçara				2372150		18/11/2019	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente				Cartão Gestante		Nome Social	
WILKER BARROS ALEXANDRE							
Cartão Nacional de Saúde (CNS)		Data de Nascimento		Sexo		Raca / Cor	
165362326400001		11/04/1989		Masc. ☒ Fm. ☐		PARDA	
Nome da Mãe				DDD		Telefone do Contato	
FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE							
Nome do Responsável				DDD		Telefone do Contato	
Município de Nascimento		UF		Nacionalidade		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)	
QUIXADA		CE		BRASILEIRA		16	
Nº		Bairro		Município de Residência		Código IBGE do Município	
427		ALTO ALEGRE I		MARACANAÚ		2307650	
Porto de Matrícula		Documento		CPF		RG	
						RG 2005009206320	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sintomas e Sinais Clínicos Trauma no punho Ag. Cl. de natureza e deformidade							
Condições que justificam a internação Prof.º especialista							
3527							
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)							
Anamnese + Ex + 14 Fratura do punho							
CID 10 Principal		CID 10 Secundário		CID 10 Causas Associadas		Nº Nucleo	
						0408020431	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do Procedimento Solicitado				Código do Procedimento			
Fratura do punho				S12.01			
Características da Intervenção		Clínica		Lado da Lesão		Tipo de Lesão	
☒ Urgente ☐ Eletivo		TRAUMATOLOGIA		Direita		Fratura	
Equipamentos Requeridos para internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante				Nº do Conselho de Classe			
FREDERICO THALES DE VASCONCELOS				11332			
Documento		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		Nº do Conselho de Classe		Data da Solicitação	
☒ CH ☐ CNS		78556660363		11332		14/10/2019	
Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/Nº do Conselho de Classe							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
☐ AC DE TRÂNSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Bilhete		Selo	
☐ ACID. TRABALHO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CBO	
☐ AC TRÁFICO							
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Invalidez							
Nome do Profissional Autorizador							
Documento		Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador					
☐ CPF ☐ CNS							
Data da Autorização		Código do Órgão Emissor					
11		M230765001					
Nº Registro Geral do Conselho		Ass. do Autorizador/Carimbo					

(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 18/11/2019

W pelo filo

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANAMNESE DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: WILKER BARROS ALEXANDRE

REGISTRO: 1583

IDADE DO PACIENTE: 30 anos 6 meses 3 dias

DATA DE NASCIMENTO: 11/04/89 NÚMERO DO CNS: 165362326400001

NOME DA MÃE: FRANCISCA FATIMA BARROS ALEXANDRE NOME DO PAI: «030»

ENDEREÇO: 16

NÚMERO: 427

BAIRRO: ALTO ALEGRE I

RG: 2005009206320

ORGÃO EXPEDIDOR: CE

CPF:

TELEFONE PARA CONTATO: 8598522411

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO: 14/10/19

HORA: 11:01:21

MÉDICO: FREDERICO THALES DE CRM: 11332

ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA

CONVÊNIO: SUS

CATEGORIA: SUS

QUARTO/LEITO: ENFER/GERAL/TRA2 - 2 UNIDADE: UNIDADE A

FORMA DE CHEGADA:

PROCEDÊNCIA:

SITUAÇÃO:

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

*Transtorno do membro superior esquerdo, 9
 dor, inchaço e deformidade*

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

fratura do pulso e

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Osteíte

CONDIÇÕES DE ALTA:

☐ CURADO☐ A PEDIDO☒ MELHORADO☐ INALTERADO☐ TRANSFERIDO:☐ OUTRA:

DATA DA ALTA: __/__/__

HORA DA ALTA: __:__:__

MARACANAÚ,

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
 CNPJ: 08.567.611/0001-08
 MARACANAÚ-CE 18/11/2019

1. Morte por Asfria
 2. AAR de HSE
 3. Morte de Asfria
 a morte de Asfria
 e morte de Asfria

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUCARA
 CNPJ: 06.587.611/0001-06
 MARACANAU-CE 28/11/2019

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.

15/10/2019 Francisco Rodrigues Filho Otorrinolaringologista CRM: 212.220-2/2006-CE	1º Auxiliar Assinatura e Carimbo
Cirurgião Assinatura e Carimbo do Cirurgião	3º Auxiliar Assinatura e Carimbo
2º Auxiliar Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

NOME DO PACIENTE

ENF. OU APTO.

LEITO

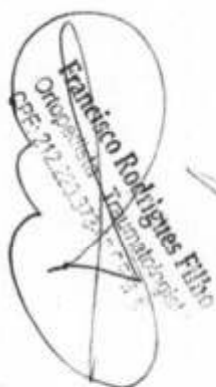
PRONTUÁRIO

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

15/10/18
16/10/18
17/10/18

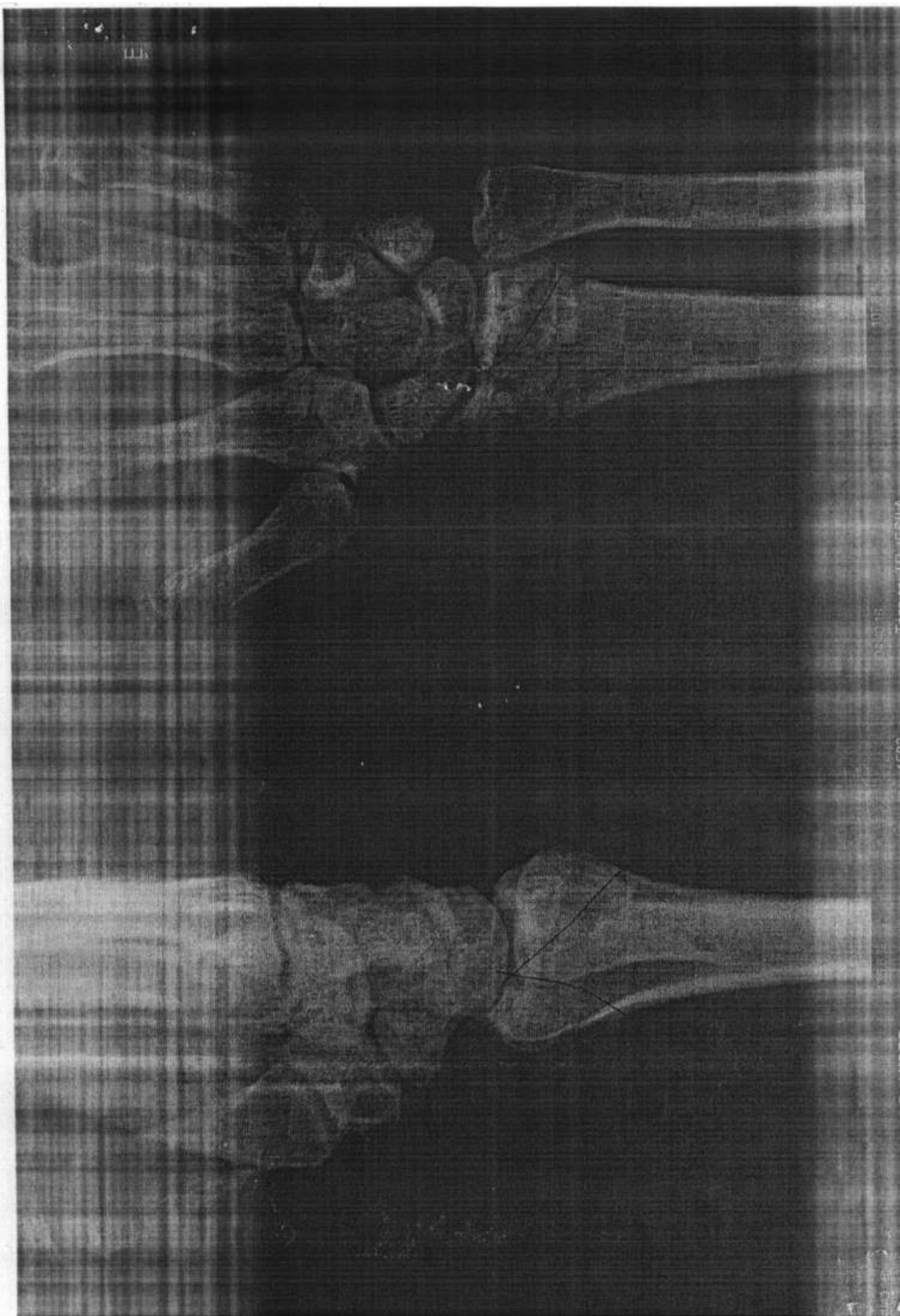
Francisco Rodrigues Filho



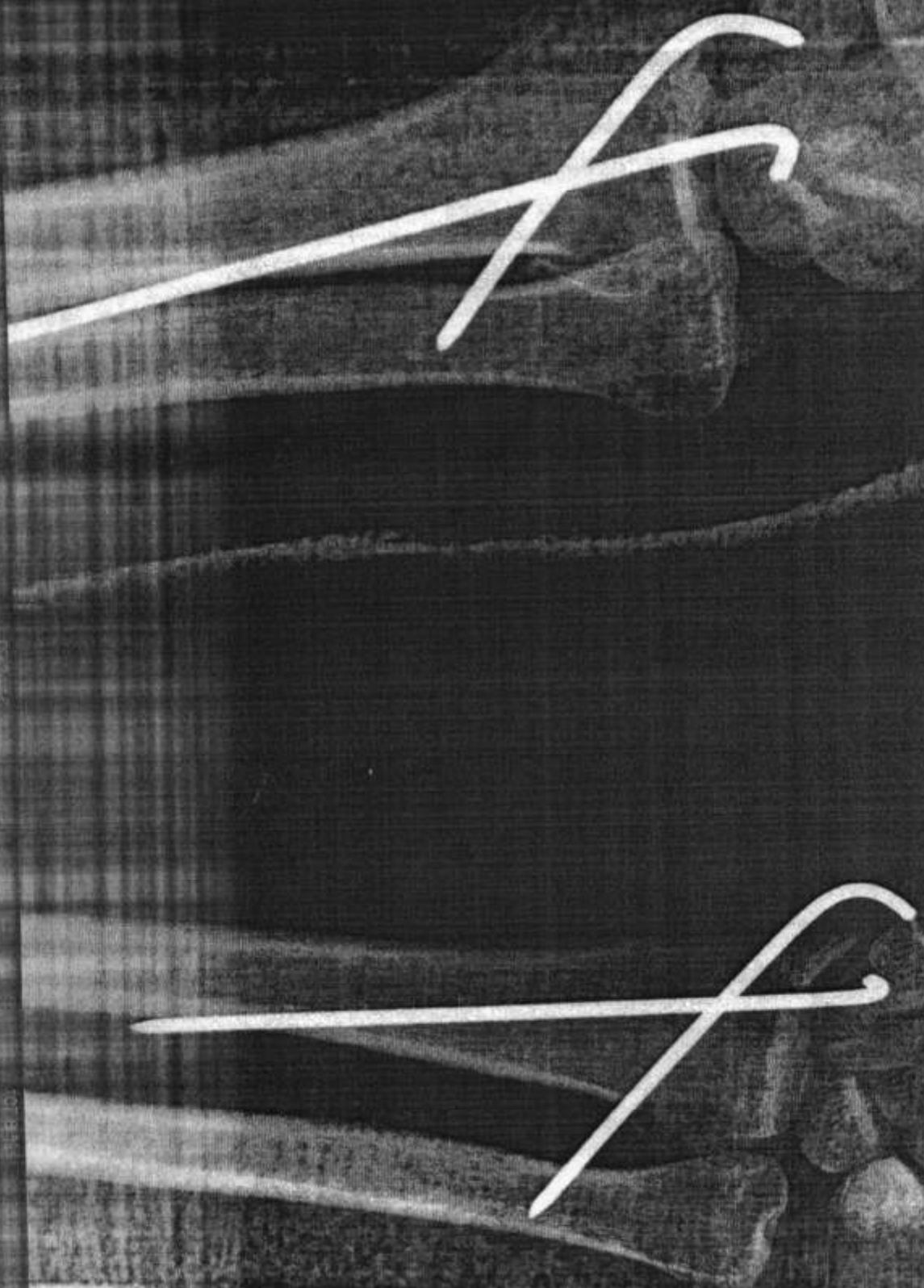
Atto legnitos



COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA
CNPJ: 06.587.611/0001-06
MARACANAÚ-CE 18/11/2018



E



Paciente: WILKER BARROSALEXANDRE
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

DATA: 15/10/2019

1503

Técnico: TR JESILIA

1503

1503

1503



04-40-16

Paciente: WILKER BARROS ALEXANDRE

HOSPITAL ABEMP

135.8 %

CONV.: SUS

1583

DATA: 07/10/2019



04-40-16

Técnico: TR JESILA

107.8 %

13A

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

SEMP Associação Beneficente Médica de Pajuçara

Rua João Conrado, 353 - Pajuçara
Maracanaú / Ceará

Fones: (85) 3215-3054

CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898-51

1.ª via - Farmácia ou Drograria

2.ª via - Paciente ou Responsável

Data: 15, 10, 19

Francisco Rodrigues Filho
Ortopedista - Traumatologista
CRM 6309
CPF: 242.242.242-24

Paciente: Wilker Barros Alexandre

Endereço: R. 16, Nº 427

Prescrição: - CEFALLEXINA 500mg - 20 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas.

- IBUPROFENO 600mg - 20 Comprimidos.

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas.

Identificação do Comprador

Nº _____

L: _____

Org. Emissor: _____

de _____

UF _____

Identificação do Fornecedor



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES DE ANTRÓPICAS DO CEARÁ

Walter B. Avelar

FRANCOX 500

Pomex ok

12/426

29

10

19

Francisco Kautsky
Ortopedista - Traumatologista
CPF: 212.220.313-00 CRM: 632

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

WILKEN BOMES ALEXANDRE

Fraturno NADIO DISTOL
ESD

TrO Encontro

JA/JO 159

07:00 em

AGENDAR Com IUIJ sym

Dr. Rógério Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho
RM: 11696 TROT 15196

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará - Fones: (85) 3215.3064
CNPJ: 06.578.611/0001-06 CNSS: 23002.005898/85-51

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO FÍSICA E FOTOGRAFIA

Fotografia Direta



WILKER BARROS ALEXANDRE

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO: 2005009206320 DATA DE EXPIRAÇÃO: 23/09/2014

NOME: **WILKER BARROS ALEXANDRE**

FILIAÇÃO: **FRANCISCA FÁTIMA BARROS ALEXANDRE**

NACIONALIDADE: **QUIXADÁ - CE** DATA DO NASCIMENTO: **11/04/1989**

SOC. ORIGIN: **CP.T. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:27501 FOLHA:67**

LIVRO:A 25 MARANGUAPÉ - CE

CPF 053.097.453-60

2 VTA

Assinatura de Wilker Barros Alexandre
ASSINATURA DO TITULAR

P.: 1

LEI Nº 7.116 DE 2006-03

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wilker Barros Alexandre
DATA DO ACIDENTE 07/10/2019 CPF DA VÍTIMA 053.097.653-60
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 20
Nº 1074 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Alto Alegre
CIDADE Muracai UF CE CEP 61.910-080
E-MAIL _____ TELEFONE (85) 994310053

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 INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (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 CONFERMEM 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 CONFERMEM 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

Wilker Barros Alexandre

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032863 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.
P 6/9.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027831/20

Número do Sinistro: 3200032863

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

CPF: 053.097.653-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: WILKER BARROS
ALEXANDRE

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

WILKER BARROS ALEXANDRE : 053.097.653-60

Autorização de pagamento

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: 24/01/2020
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE
CPF: 053.097.653-60

WILKER BARROS ALEXANDRE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027831/20

Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE

CPF: 053.097.653-60

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 07/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILKER BARROS ALEXANDRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILKER BARROS ALEXANDRE : 053.097.653-60

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: 21/01/2020
Nome: WILKER BARROS ALEXANDRE
CPF: 053.097.653-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

WILKER BARROS ALEXANDRE

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032863 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILKER BARROS ALEXANDRE **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIOS K). ALTA.
P 6/9.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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