

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200326094

Vítima: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO CONSTANTINO DE SALES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000004370

Conta: 0000013003-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 371.993.403-97 4 - Nome completo da vítima: João Constantino de Sales

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

5 - Nome completo: João Constantino de Sales 6 - CPF: 371.993.403-97
7 - Profissão: Aparentado Ten. João Silveira da Silva 9 - Número: 999 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Ponte Nova 12 - Cidade: Ibaí Uragem 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.870-000
15 - E-mail: mlpesegurosbaouragem@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (88) 3227.2621

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: 4370 CONTA: 013. 13003

(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 (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 (a) 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 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, Ibaí Uragem - CE 23/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

Impresso nº 2020421440

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 569 / 2020****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **16/07/2020 09:19:07**Data / Hora da Ocorrência: **03/02/2020 13:00:00**Endereço da Ocorrência: **R PE ANTONIO CORREIA DE SÁ, CENTRO - BOA VIAGEM/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOÃO CONSTANTINO DE SALES**Nascimento: **13/03/1951** CPF: **371.993.403-97**CTPS: **094943**Orgão Emissor: **MT**

UF:

Filiação: **ARGEMIRA PAULINA DA CONCEIÇÃO****JOSE CONSTANTINO SALES**Endereço: **RUA CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS, 72**Bairro: **PONTE NOVA**Município: **BOA VIAGEM/CE**CEP: **63.870-000**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 9966-6150****Histórico**

Compareceu a esta delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citados sofreu um acidente de trânsito no endereço: Rua PE Antônio Correia de Sá, Boa Viagem/Ce; QUE estava envolvido no acidente o Sr. João Constantino de Sales; que o declarante vinha na sua bicicleta pela rua acima mencionada quando uma motocicleta em alta velocidade colidiu com o mesmo, onde o declarante afirma ter caído desta bicicleta e batido com a cabeça ao chão, que o declarante disse não saber quem havia batido e não anotou a placa desta moto em questão, que populares levaram o declarante até o hospital local Casa de Saúde Adília Maria, que o declarante relata ter quebrada sua cavícula e sofrido uma pancada muito forte na sua cabeça neste acidente, que trouxe a esta delegacia 2 TESTEMUNHAS, e QUE apresentou nesta Delegacia os seguintes documentos: CÓPIA da ficha de atendimento urgência/emergência da Casa de Saúde Adília Maria de João Constantino(VÍTIMA), cópia dos documentos: RG, CPF e Comprovante de Endereço do João Constantino, E NADA MAIS DISSE//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****João Constantino de Sales****VISTO DO DELEGADO(A) :****MARIANA CAMINHA SIMÕES - MAT.: 301255-3-3**

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: 371.993.403-97 4 - Nome completo da vítima: João Constantino de Sales

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

5 - Nome completo: João Constantino de Sales 6 - CPF: 371.993.403-97
7 - Profissão: Aparentado Ten. João Silveira da Silva 9 - Número: 999 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Ponte Nova 12 - Cidade: Ibaí Uragem 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 63.870-000
15 - E-mail: mlpesegurosbaouragem@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (88) 3227.2621

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: 4370 CONTA: 013.13003

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) 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 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, Ibaí Uragem - CE 23/07/2020

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: 02/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO CONSTANTINO DE SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04370

CONTA: 000000013003-1

Nr. da Autenticação FC7E53FC62A2CB0E

41742991

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

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 00135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 00.106.848-8

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

070426123

Rota
Nome BV001U03 - 354500
Endereço JOAO CONSTANTINO DE SALES

Referência: 07/2020

RU TEN JOSE SILVINO DA SILVA, 09999, PONTE NOVA,
Classificação 63870-000, BOA VIAGEM
Modalidade Tarifária Residencial Pleno
Ligação B1 RESIDENCIAL

Emissão 03/07/2020

Medidor 2100500 EAF-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior Atual P.F. Média prevista

03-06-2020 03-07-2020 04-02-2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	11,481	11,348	1,00	141	00	141	0,7423	105,36

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

-

11,62

CONSUMO

0,74723

105,36

JUROS MORATÓRIOS

-

0,11

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	105,36	27,00	28,44
PIS	105,36	0,34	0,36
COFINS	105,36	1,59	1,68

VERIFICAMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/08/2020	117,09

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ

EMISSIONS DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões

pelo consumo de energia elétrica.

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

49,19 00000000 0,00 0,00 100

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 04/06 - 03/07

Informamos que a sua conta de energia com fornecimento lido partir de 01/07/2020 passa ter o reajuste tarifário medio de 3,94% publicada na Resolução Aneel nº 2.676/20 em 14/04/2020, postergado devido ao covid19

Nº do Cliente:
Data de Emissão: 41742991
Nº da Nota Fiscal: 03/07/2020
070426123Referência:
Total a Pagar (R\$): 07/2020 V:[1.0.0.14]
Nº de Controle: 117,09
40003830361

838100000019 17090031040 2 00383036107 8 00041742991 6



838100000019 17090031040 2 00383036107 8 00041742991 6

A Tarifa Social de Energia Elétrica

Contato:
(88)3427.2621

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Peio exposto, eu Maria Lopes Rodrigues Martins
inscrito (a) no CPF/CNPJ 799.359.663 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Constantino de Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 371.993.403-97
do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima João Constantino de Sales
inscrito (a) no CPF sob o Nº 371.993.403 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. São Vicente de Paula</u>	Número: <u>242</u>	Complemento: <u>laza</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Boa Viagem</u>	Estado: <u>Paraíba</u>
E-mail: <u>mlopesseguraboviam@gmail.com</u>		CEP: <u>63870-000</u>
		Tel.(DDD): <u>(88)3427.2621</u>

Local e Data: Boa Viagem-PB, 23 de julho de 2020

Maria Lopes Rodrigues Martins
Assinatura do Declarante

CASA DE SAUDE
Adilia Maria



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADILIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA: 03/02/2020 HORARIO: 18:02H UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DADOS DO PACIENTE

ATENDIMENTO Nº: _____

NOME: Jéssica Constantino de Sales

CARTÃO DO SUS: 707609265839895

SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 13/03/51 IDADE: 68 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Aposentada

NOME DA MÃE: Argemira Paulino da Conceição NATURALIDADE: 73

ENDEREÇO: Ten. José Silveira BAIRRO: Ponte Nova

CIDADE: B J ESTADO: CE TELEFONE: () Nº _____

PA: _____ X _____ mmHg SPO2: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____ ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

EMERGÊNCIA (VERMELHA)	MUITO URGENTE (LARANJA)	URGENTE (AMARELA)	POUCO URGENTE (VERDE)	NÃO URGENTE (AZUL)
<p>ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)</p> <p>- Politraumático grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas;</p> <p>- Queimaduras graves;</p> <p>- Parada cardiorrespiratória;</p> <p>- Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas;</p> <p>- Comprometimento da coluna vertebral;</p> <p>- Descontorno respiratório grave;</p> <p>- Dor no peito associada à falta de ar;</p> <p>- Crises convulsivas (inclusive pós-epilepsia);</p> <p>- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio;</p> <p>- Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória;</p> <p>- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia);</p> <p>- Hemorragias não controláveis;</p> <p>- Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;</p>	<p>ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN</p> <p>- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, distúrbios de equilíbrio, náusea, vômito ou confusão mental;</p> <p>- Dor severa;</p> <p>- Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica;</p> <p>- Arritmia (sem sinais de instabilidade);</p>	<p>ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN</p> <p>- Politraumático sem alterações de sinais vitais;</p> <p>- Trauma cranioencefálico leve;</p> <p>- Convulsão nas últimas 24 horas;</p> <p>- Doenças;</p> <p>- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático;</p> <p>- Idade superior a 80 anos;</p> <p>- Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque;</p> <p>- Vômito intenso;</p> <p>- Crise de pânico;</p> <p>- Dor moderada;</p> <p>- Pico hipertensivo;</p>	<p>ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN</p> <p>- Astenia fora de crise;</p> <p>- Dor leve;</p> <p>- Estado febril sem alteração nos sinais vitais;</p> <p>- Enxaqueca (pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca);</p> <p>- Náusea e tontura;</p> <p>- Torção;</p> <p>- Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica);</p> <p>- Drenagem de abscesso;</p>	<p>ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN</p> <p>- Quedas;</p> <p>- Doenças crônicas sem alterações agudas;</p> <p>- Troca de sondas;</p> <p>- Aplicação de medicação externa com receita;</p> <p>- Curativos;</p> <p>- Trocas ou substituições de receitas médicas;</p> <p>- Avaliação de resultados de exames;</p> <p>- Solicitação de atestado médico;</p>

SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

Assinatura do Paciente/Responsável: João Constantino de Sales
Protocolo Nº 313

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará- CE CEP: 63.870-000

Fone (88) 3427-1136/1699 CNPJ 07. 806.680/0001-84 CNES- 2479028

NOME: _____

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Em 05/10/2014

Casa de Saúde Adria Maria
CNPJ: 07.896.680/0001-84
Rua Santa Paula, 100
a Original dos Nascos Arquivos

Protocolo nº 343

PRESCRIÇÃO MÉDICA

① *Atenção - 18:30*
② *Atenção - 18:30*

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.
Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP: 63.870-000
Fone (88) 3427-1136/1699 CNPJ 07. 806.680/0001-84 CNES- 2479028



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

SPA
Dr. Carlos
Vinhoto

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (APAC)**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

2 - CNES:
2529149

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

JOÃO CONSTANTINO DE SALES

4 - Nº PRONTUÁRIO:

5660591

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DO NASCIMENTO

13/03/1951

7 - SEXO

☒ MASCULINO ☐ FEMININO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

ARGEMIRA PAULINO DA CONCEICAO

9 - TELEFONE DE CONTATO:

(85) 996995153

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

RUA CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS, 72

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

FORTALEZA

12 - CÓDIGO MUNICÍPIO:

13 - UF:

CE

14 - CEP:

PROCEDIMENTO PRINCIPAL SOLICITADO

15 - CÓDG. PROCEDIMENTO PRINCIPAL:
02.06.01.007-9

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE

17 - QUANTIDADE:
01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIOS SOLICITADOS

18 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

20 - QUANTIDADE:

21 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

23 - QUANTIDADE:

24 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

26 - QUANTIDADE:

27 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

29 - QUANTIDADE:

30 - COD. PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

32 - QUANTIDADE:

JUSTIFICATIVO(S) PROCEDIMENTOS SOLICITADOS(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO:
HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

34 - CID 10 PRINCIPAL
S085

35 - CID 10
SECUNDÁRIO:

36 - CID 10 CAUSAS
ASSOCIADAS:

37 - OBSERVAÇÕES:

PACIENTE, 68 ANOS, APRESENTOU HISTÓRIA DE QUEDA HÁ 1 MÊS, QUANDO HÁ 15 DIAS, PASSOU A APRESENTAR QUADRO DE HEMIPARESIA A ESQUERDA COM PREDOMÍNIO CRURAL ASSOCIADO A CEFALÉIA, QCS 15 NA ADMISSÃO DO IJF NO DIA 04/03/2020

TC DE CRÂNIO (04/03/2020): HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO FRONTO-PARIETO-OCIPITAL À DIREITA OCASIONANDO DESVIO DA LINHA MÉDIA

DURANTE A ADMISSÃO, PACIENTE APRESENTOU REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO REALIZADO CRANIOTOMIA PARA ABORDAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL NO DIA 04/03/2020 POR DR JOAO RENATO.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO:
09/03/2020

42 - ASSINATURA / CARIMBO COM Nº
DO CR:

40 - DOCUMENTO:
() CNES (X) CPF

41 - Nº DO DOCUMENTO
(CNS/CPF) DO SOLICITANTE:
029.503.813-67

Dr. Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia IJF
CREMEC 19847

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL
AUTORIZADOR:

44 - CÓDIGO DO ÓRGÃO EMISSOR:

49 - Nº AUTORIZAÇÃO (APAC):

45 - DOCUMENTO:
() CNES (X) CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO
SOLICITANTE:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

48 - ASSINATURA / CARIMBO (Nº
REGISTRO DO CONSELHO):

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:
/ / A / /

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** JOAO CONSTANTINO DE SALES**Idade:** 68 ano(s) 11 mes(es) e 27 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5660591**Endereço:** R CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS**Bairro:** PONTE NOVA**Num:** 72**CEP:** 63870-000**UF:** CEARÁ**Cidade:** BOA VIAGEM**Localização****Clinica:** UNIDADE 20**Enfermaria:** 245**Leito:** 2012**Admissão Emergência:** 03/03/2020 19:34**Internação** 03/03/2020

14:34

Alta: * Não Informado * * Não Informado**Relatório****Tipo de Saída:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 68 ANOS, APRESENTOU HISTÓRIA DE QUEDA HÁ 1 MÊS, QUANDO HÁ 15 DIAS, PASSOU A APRESENTAR QUADRO DE HEMIPARESIA A ESQUERDA COM PREDOMÍNIO CRURAL ASSOCIADO A CEFALÉIA, GCS 15 NA ADMISSÃO DO IJF NO DIA 04/03/2020

TC DE CRÂNIO (04/03/2020): HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO FRONTO-PARIETO-OCCIPITAL À DIREITA OCASIONANDO DESVIO DA LINHA MÉDIA

DURANTE A ADMISSÃO, PACIENTE APRESENTOU REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO REALIZADO CRANIOTOMIA PARA ABORDAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL NO DIA 04/03/2020 POR DR JOAO RENATO.

PACIENTE ADMITIDO NA ENFERMARIA NO DIA 06/03/2020, NEGANDO QUEIXAS NO MOMENTO DO EXAME, CLINICAMENTE BEM

AO EXAME: ECG 15, PIFR, SEM DEFICITS MOTORES. FO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

TC DE CRÂNIO DE CONTROLE APRESENTANDO BONS RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Exames Realizados


VIDE RESUMO

Terapêutica Utilizada

VIDE RESUMO

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S065 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO


Dr. Camilla Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia IJF
CREMEC 19847**DIAGNÓSTICOS**

Principal	Código	Descrição
Sim	S065	HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 09/03/2020

Observações Complementares

RETIRAR FIOS DE SUTURA 18/03 EM UBS

FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS

RETORNO 45 DIAS AO AMBULATÓRIO DO DR CARLOS VINÍCIUS COM TC DE CRÂNIO

RETORNO À EMERGÊNCIA SE INTERCORRÊNCIAS

Responsável

Médico: CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

Data: 09/03/2020

CIRURGIA

Paciente: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Idade: 68 ano(s) 11 mes(es) e 27 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5660591

Endereço: R CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS

Bairro: PONTE NOVA

Num: 72

CEP: 63870-000

UF: CEARÁ

Cidade: BOA VIAGEM

Localização

Clínica: UNIDADE 20

Enfermaria: 245

Leito: 2012

Admissão Emergência: 03/03/2020 19:34

Internação 03/03/2020

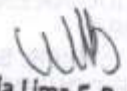
14:34

Alta: * Não Informado * * Não Informado

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0403010314	Urgência	05/03/2020 01:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	JOAO RENATO FIGUEIREDO SOUZA

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código


Dr. Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia IJF
CREMEC 19847

CASA DE SAÚDE
Adília Maria



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
SECRETARIA DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO

Paciente:

End.:

João Constantino de Sales.

Uso Oral

① Oxyflex 200mg — 1cx.
tomar 1 comprimido ~~de~~ vez ao
dia por 5 dias

03 / 02 / 2020

DATA

Assinatura e Carimbo
do profissional

Rua São Vicente de Paula Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CE CEP: 63.670-000
Fone (88) 3427-1136/1899 CNPJ 07.806.680/0001-84 CNES- 2479028

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Prontuário: 5680591

USO ORAL

1) DAPIRONA 500MG ——— 01CX
TOMAR 01CP DE 6/6H SE DOR

2) IBUPROFENO 600MG ——— 01CX
TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR

3) DECADRON 4 MG ——— 70 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS POR 1 SEMANA, DEPOIS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS POR MAIS 1 SEMANA, DEPOIS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR MAIS 1 SEMANA DEPOIS
TOMAR 1 COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS 2 DIAS DEPOIS
TOMAR MEIO COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS DOIS DIAS DEPOIS
TOMAR 1/4 DE COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS DOIS DIAS

cup
Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia UF
CREMEC 19847

Data: 09/03/2020

CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

19847CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

Conselho: 19847CRM

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro

Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

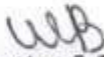
PACIENTE: JOAO CONSTANTINO DE SALES

ENDEREÇO: R CABO ANTONIO LOPES DE FREITAS, 72, PONTE NOVA, BOA VIAGEM

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) FENITOÍNA 100MG ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01CP DE 12/12H POR 15 DIAS
E APÓS: TOMAR 01CP AO DIA POR MAIS 15 DIAS.


Dr. Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia IJF
CREMEC 19847

DATA: 09/03/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data: _____

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Prontuário: 5660591

USO ORAL

1) DAPIRONA 500MG ----- 01CX
TOMAR 01CP DE 6/6H SE DOR

2) IBUPROFENO 600MG ----- 01CX
TOMAR 01CP DE 8/8H SE DOR

3) DECADRON 4 MG ----- 70 COMPRIMIDOS

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS POR 1 SEMANA, DEPOIS

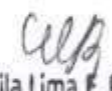
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS POR MAIS 1 SEMANA, DEPOIS

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR MAIS 1 SEMANA DEPOIS

TOMAR 1 COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS 2 DIAS DEPOIS

TOMAR MEIO COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS DOIS DIAS DEPOIS

TOMAR 1/4 DE COMPRIMIDO AO DIA POR MAIS DOIS DIAS


Dr. Camila Lima F. Brayner
Residente de Neurocirurgia UFF
CREMEC 19847

Data: 09/03/2020

CAMILA LIMA FONSECA BRAYNER

19847CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



FOTOBIÓTIPO

Maria Lopes Rodrigues Martins

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

2007730844-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

17/10/2017

NOME

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

FILIAÇÃO

JOSÉ MENDES RODRIGUES

RITA MENDES LOPES

NATURALIDADE

MONSENHOR TABOSA - CE

DATA DE NASCIMENTO

16/12/1976

DOC. ORIGEM

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4669 FOLHA:10V

LIVRO:8-10 BOA VIAGEM - CE

CPF

799.359.663-72

2 VIA

Ricardo O. Lima
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 190

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200326094

Cidade: Boa Viagem

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO CONSTANTINO DE SALES

Data do acidente: 03/02/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta movimentos involuntários, ausência de atrofia, assimetrias, marcha anormal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto normal, discurso pouco espontâneo, percepção normal, pensamento ilógico e não coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo comportamental alienante. Vítima com déficit motor a esquerda a direita.

Resultados terapêuticos: Vítima submetido a tratamento neurológico cirúrgico, com drenagem de hematoma subdural. Alta médica

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve em SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em SNC, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200326094

Nome do(a) Examinado(a): JOAO CONSTANTINO DE SALES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA TEN JOSE SILVINO DA SILVA, 9999, , Boa Viagem/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 2002018363952

Data e local do acidente: 03/02/2020 - Boa Viagem/CE

Data e local do exame: 21/09/2020 - Boa Viagem/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Vitima de traumatismo cranioencefálico,

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vitima submetido a tratamento neurologico cirurgico, com drenagem de hematoma subdural.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta movimentos involuntários, ausência de atrofia, assimetrias, marcha anormal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto normal, discurso pouco espontâneo, percepção normal, pensamento ilógico e não coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

vitima co deficit motor a esquerda a direita.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Gutemberg Mendes Farias Filho
CRMCE 6687
Clínico Geral
RQE - 2596

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 10/09/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: João Constantino de Sales

CPF do beneficiário: 371.993.403-97

Nome do solicitante: João Constantino de Sales

CPF do solicitante: 371.993.403-97

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 9.99025141 Tel. Comercial: (88) 3427-2621 Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail: miguelguarabauviagem@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Prezado Analista, Quero pedir uma pericia medica para que somente assim meu processo seja finalizado. Pois não aceito que meu pedido seja negado, nem tenho condições de pagar por um laudo medico, sofro ate hoje com sequelas graves desse acidente. Já enviei tudo o que eu posso, toda a documentação medica informa a gravidade desse acidente. para melhor avaliação e uso marcar uma pericia medica

Boa Ilhagem - e, 10 de setembro de 2020.

Local e Data

João Constantino de Sales

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO

Outorgante: João Constantino de Sales, brasileiro(a), estado civil casado, profissão aprendizado, residente e domiciliado à Rua Ten. José Silveira da Silva nº 999, bairro Ponte Nova, Município de Boa Viagem, Estado de (o) Ceará, CEP 63.870-000, portador(a) do RG nº 202010363952 SSP / CE e CPF nº 371.993.403-97

Outorgado: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS, RG. 2007730844-6, SSPDS/CE, expedido em 27/10/2010, CPF. 799.359.663-72, brasileira, casada, empresária, residente e domiciliada nesta cidade, na Av. São Vicente de Paula, nº 242, (Centro), CEP. 63.870-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Constantino de Sales, ocorrido em 03/02/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Boa Viagem - CE, 16, de julho de 2020



*João Constantino de Sales

Outorgante
CPF Nº 371.993.403-97



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

PROCURAÇÃO

Outorgante: João Constantino de Sales, brasileiro(a), estado civil casado, profissão aprendizado, residente e domiciliado à Rua Ten. José Silveira da Silva nº 999, bairro Ponte Nova, Município de Boa Viagem, Estado de (o) Ceará, CEP 63.870-000, portador(a) do RG nº 202010363952 SSP / CE e CPF nº 371.993.403-97

Outorgado: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS, RG. 2007730844-6, SSPDS/CE, expedido em 27/10/2010, CPF. 799.359.663-72, brasileira, casada, empresária, residente e domiciliada nesta cidade, na Av. São Vicente de Paula, nº 242, (Centro), CEP. 63.870-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Constantino de Sales, ocorrido em 03/02/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Boa Viagem - CE, 16, de julho de 2020



*João Constantino de Sales

Outorgante
CPF Nº 371.993.403-97



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205916/20

Número do Sinistro: 3200261909

Vítima: JOAO CONSTANTINO DE SALES

CPF: 371.993.403-97

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO CONSTANTINO DE SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/08/2020
Nome: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS
CPF: 799.359.663-72

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256628/20

Vítima: JOAO CONSTANTINO DE SALES

CPF: 371.993.403-97

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO CONSTANTINO DE SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS : 799.359.663-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO CONSTANTINO DE SALES : 371.993.403-97

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: 11/09/2020
Nome: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS
CPF: 799.359.663-72

MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva