
Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338902

Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

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, contados 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, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338902

Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

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: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 0000057797-5

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



**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: 3200338902

Nome do(a) Examinado(a): FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua C Cidade Jardim, 90, BL 18 AP 02, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 0773970

Data e local do acidente: 04/04/2020 - /CE

Data e local do exame: 02/10/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Traumatismo craniano com HSA e contusão cerebral

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

Tratamento conservador com Risperidona.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, pensamento fuga de ideias, 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

Déficit cognitivo e transtorno orgânico da personalidade e do comportamento.

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"

() "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:



Dr. Greive Freitas Damasceno
Médico - CRM 9050

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 ASI: 038160713-50 3 - CPF da vítima: 038160713-50 4 - Nome completo da vítima: Sulepe Anderson Alves Lima

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

5 - Nome completo: Sulepe Anderson Alves Lima 6 - CPF: 038160713-50
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua C Cidade Jardim 9 - Número: 90 10 - Complemento: 218 APO2
11 - Bairro: Prof. José Walter 12 - Cidade: Santana 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60718-212
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98781-6626

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 57797 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Santana 05 de Agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1287 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/08/2020 09:42:40**
Data / Hora da Ocorrência: **04/04/2020 01:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV I COM AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA,**
PREFEITO JOSE WALTER - FORTALEZA/CE
Ponto de Referência: **PROX A UMA DELEGACIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**
Nascimento: **23/09/1991** CPF: **038.160.713-50**
CNH: **07127581680** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ANA CELIA ALVES DA SILVA**
FRANCISCO RODOLFO LIMA DE ABREU
Endereço: **RUA C CONDOMÍNIO 4 BLOCO 27 (CIDADE JARDIM**
FORTALEZA), 90 BL 18 AP 02
PREFEITO JOSE WALTER
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.748-242**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98639-9122**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUX9745** Uf: **CE** Município: **PACATUBA** Chassi:
9C2KC1550AR197549 Renavam: **250850974** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **CARMEZITA PEREIRA DOS SANTOS** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NUX-9745; QUE TRAFEGAVA PELA AV. I; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Felipe Anderson Alves Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Assinatura]

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 05/08/2020 09:53:08

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/08/2020 09:53:08



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1287 / 2020

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

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 ASI: 03816071350 3 - CPF da vítima: 03816071350 4 - Nome completo da vítima: Sulepe Anderson Alves Lima

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

5 - Nome completo: Sulepe Anderson Alves Lima 6 - CPF: 03816071350
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua C Cidade Jardim 9 - Número: 90 10 - Complemento: 218 APO2
11 - Bairro: Prof. José Walter 12 - Cidade: Santana 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60718-212
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85 98781-6626

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1563 CONTA: 57797 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Santana 05 de Agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

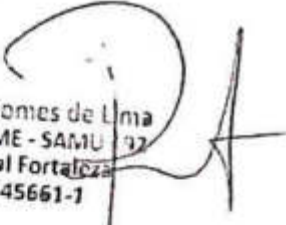
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Felipe Anderson Alves Lima** - C.P.F. - 038.160.713-50, no dia **04/04/2020**, às **02h10min**, na **Avenida I com Avenida Presidente Costa**, no **Bairro Prefeito José Walter (Parque Dois Irmãos)**. Considerando que obviamente o **SAMU 192 Fortaleza**, faz o atendimento ao paciente após o fato ocorrido, não podemos assim afirmar a sua natureza com a precisão jurídica necessária. Diante do exposto, concluímos que, dentro das limitações temporais de atendimento, a natureza do acidente com o paciente em questão do processo N° **P186779/2020**, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pela Sra. **Ana Celia Alves da Silva** por meio do Processo n° **P186779/2020**.

Fortaleza, 16 de Julho de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenador - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

P. 186779/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VI - 27
04/04/2020
PONTO DE APOIO: SE R US
TURNO: SN
Nº DA OCORRÊNCIA: 0011
NOME: Felipe Anderson Alves Lima
EQUIPE: Amador / Ingrid / Sergio
ENDEREÇO: AV. J. C. presidente Costa e Silva
IDADE: 29 ANOS
SEXO: MASCULINO
REFERÊNCIA: Placenta Auto Resolva
BAIRRO: José Walter
QTY: 9:00
QUS: 9:10
QUY: 9:40
QUZ: 03:10

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Queda de moto / Sinais vitais.

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☐ RESPONSIVO
☒ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☐ PÉRVIAS
☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A

B

PADRÃO RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

C

PULSO

☐ NORMOCÁRDICO
☒ TRAQUICÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO
☐ CIELO
☐ FILIFORME
☐ IMPALPÁVEL

PELE

☒ CORADA
☐ PALIDA
☐ CIANÓTICA
☐ SUDORÉICA
☒ SECA
☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

LOCAL: ouvido D / DORSO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

☐ ESPONTÂNEA
☐ Á VOZ
☐ À DOR
☐ NENHUMA

RESPOSTA VERBAL

☐ ORIENTADO (A) / SONHO (P)
☐ CONFUSO (A) / CHORO INCONSOLÁVEL
☐ PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)
☐ SONOS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)
☐ NENHUMA

RESPOSTA MOTORA

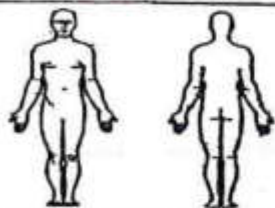
☐ OBEDECE A COMANDOS
☐ LOCALIZA A DOR
☐ MOVIMENTO DE RETIRADA
☐ FLEXÃO ANORMAL
☐ EXTENSÃO ANORMAL
☐ NENHUMA

TOTAL: 03 / Detachado

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E

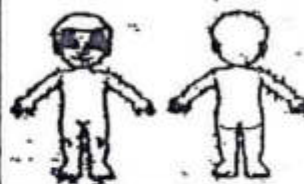
ADULTO



LESÕES

ombros direito
Pé esquerdo
ototragia à direita

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 103 PA: FR: GLIC: OXIM: 90% TEMP:

Paciente desacompanhado inconsciente, sofreu queda de moto, encontra-se em síncope, com hálito etílico.

Amador Costa

354.768 - 2020 - CC

QTY: 2:26 - JFF - Centro Dr. Felipe

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUZ: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QVZ: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizado avaliação primária e secundária, imobilizado com colar e prancha rígida.

ASS. / COREN: Amanda P. S. 354768

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: ISF - Centro

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

11.958

EM: 04/04/2020 às 3:20hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES: Carteira Corrente 50,00, 1 cartão da caixa, 1 cartão bilhete único, 0,00 + 1 cartão de transporte.

LOCAL: ISF - Centro

Luiz Bastos Filho
1º TEN - PM

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

Supervisor de Segurança

EM: 04/04/2020

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

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

ASSINATURA:

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: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000057797-5

Nr. da Autenticação 4F2F790D2D2AD93C

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608958431368 Admissão: 04/04/2020 03:03
 Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA
 Pront.: 5663948 Data Nasc.: 23/09/1991 Idade: 28 ano(s) 8 mes(es) e 16 dia(s) Tel.:
 Mãe: ANA CELIA ALVES DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60525460 Bairro: HENRIQUE JORGE
 Endereço: R EURICO MEDINA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA COREN:80520 Horário 04/04/2020 03:15
 Queixa: QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, OTORRAGIA A DIREITA, ENCONTRADO DESACORDADO, EFEITO DE
 ALCOOL ETILICO, TAQUICARDICO,
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: TCE
 Autoagressão: Não
 Sato02: 98 Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 100 PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: FELIPE OLIVEIRA FERNANDES ARAGAO CRM: 11958 Nº: 623114 Horário 04/04/2020 03:22
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO SEM USO DE CAPACETE, COM TCE ASSOCIADO, NESTA NOITE. ESTAVA ETILIZADO. HOVE PERDA DA CONSCIÊNCIA DESDE ENTÃO.

EXAME FÍSICO:

A => COM COLAR CERVICAL

B => EUPNÉICO EM AR AMBIENTE; MVU, PRESENÇA DE RONCOS DE TRANSMISSÃO DIFUSOS BILATERALMENTE.

C => SEM DVA; RCR, 2T, BNF, SEM SOPROS.

D => GLASGOW PREJUDICADO PELO ESTADO DE EMBRIAGUEZ DO PACIENTE; SEM DÉFICITS FOCAIS APARENTES.

E => ABDOME SEM SINAIS DE ALARME; PPP, OMBRO DIREITO DESLOCADO.

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 04/04/2020 15:40

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
04/04/202 03:15	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	TCE	AMARELO	JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608958431368 Admissão: 04/04/2020 03:03
 Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA
 Pront.: 5663948 Data Nasc.: 23/09/1991 Idade: 28 ano(s) 8 mes(es) e 16 dia(s) Tel.:
 Mãe: ANA CELIA ALVES DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60525460 Bairro: HENRIQUE JORGE
 Endereço: R EURICO MEDINA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
04/04/2020 08:46 <i>Lucas Freitas de Albuquerque</i> <i>09 06 2020</i> <i>51022</i>	LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE	NEUROCIRURGIA 04/04/2020 FELIPE ANDERSON ALVES LIMA, 28 ANOS - TCE PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO. EM PRONTUÁRIO HÁ RELATO DE QUE ESTAVA ALCOOLIZADO E SEM CAPACETE. PACIENTE TORPOROSO E SEM ACOMPANHANTE PARA MAIORES INFORMAÇÕES. AO EXAME: AO2, RV2, RM 5; PIFR; SEM DÉFICIT APENDICULAR GROSSEIRO. TCC: HSA, PREDOMINANDO EM FISSURA SILVIANA ESQUERDA. PEQUENA CONTUSÃO EM SEPTO PELÚCIDO. HD: TRAUMA SEGUIDO DE HSAT E CONTUSÃO?? OU HSAE, SEGUIDO DE QUEDA DE MOTO E TCE. CD: INTERNO AOS CUIDADOS DA NEUROCIRURGIA. ENCAMINHO A REANIMAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO INTENSIVA. RL TC DE COLUMNA CERVICAL. MANEJO EM TEMPO: SOLICITO ANGIO TC DE CRÂNIO.
04/04/2020 08:57	LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE	

PRESCRIÇÃO

Médico: LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE CRM 11742 04/04/20 08:47

Prescrição	Horário:
OMEPRAZOL 40MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 10 ML DILUENTE PRÓPRIO / INTRAVENOSA / 24/24 H	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
NIMODIPINA 30MG - COMP ADMINISTRAR 2 CP / ORAL / 4/4 H	
VITAMINAS DO COMPLEXO B 2ML - AMP ADMINISTRAR 5 AMP + 500 ML SG5% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700608958431368 **Admissão:** 04/04/2020 03:03
Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA
Pront.: 5663948 **Data Nasc.:** 23/09/1991 **Idade:** 28 ano(s) 8 mes(es) e 16 dia(s) **Tel.:**
Mãe: ANA CELIA ALVES DA SILVA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** FORTALEZA
CEP: 60525460 **Bairro:** HENRIQUE JORGE
Endereço: R EURICO MEDINA

PRESCRIÇÃO

Médico: LUCAS ALVERNE FREITAS DE ALBUQUERQUE **CRM:** 11742 **04/04/20 08:47**

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 8 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
Nº TOTAL DE FASES: 6 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4,5,6: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 42 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 4/4 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA QUE TOLERAR	
VITAMINAS DO COMPLEXO B 2ML - AMP ADMINISTRAR 5 AMP + 500 ML SG5% / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101
 RECEBIDA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 08 / 06 / 2020
 MATRÍCULA 51022
 Lucas Frota
 SECRETÁRIO

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** FELIPE ANDERSON ALVES LIMA**Idade:** 28 ano(s) 7 mes(es) e 27 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5663948**Endereço:** R EURICO MEDINA**Bairro:** HENRIQUE JORGE**Num:** 1622 **CEP:** 60525460**UF:** CEARÁ**Cidade:** FORTALEZA**Localização****Clinica:** UNIDADE 21**Enfermaria:** 210**Leito:** 2102**Admissão Emergência:** 04/04/2020 03:03**Internação** 04/04/2020 22:39 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado**Relatório****Tipo de Saída:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

FELIPE ANDERSON, 28A, QUEDA DE MOTO > TCE TTO CONSERVADOR + PNM? (ASPIRAÇÃO?) + INFECÇÃO CUTÂNEA? + FRATURA CLAVÍCULA DIREITA. TEVE SUSPEITA COVID19 DESCARTADA. INÍCIO DOS SINTOMAS 01/05/20 (TOSSE SECA, FEBRE BAIXA E LINFOPENIA) > FEZ USO DE 7 DIAS DE CEFTRIAXONA. 3 TESTES RÁPIDOS NEGATIVOS. TEVE ALTA DA TO E DA NEUROCIRURGIA. REALIZADO AJUSTE DE ANTI-PSICOTÍCOS E COMPLETADO ESQUEMA ANTIBIÓTICO. AVALIADO PELA TO E OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA. VAI DE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS, ORIENTADO PELA NEUROCIRURGIA ENCAMINHAR AO CAPS PARA ACOMPANHAMENTO.

LABORATÓRIO: (08/05/20) HB: 13 LEUC: 4470 L: 1026 N: 2972 PLAQ: 152.000 D-DÍMERO: 0,8 TTPA: 30s UR: 17 CR: 0,7 K: 3,6 CA: 8,4 NA: 137 PCR: 53 (13/05) HB 11,3 LEUCO 4370 L: 1038 PLAQ 222MIL PCR 43 NA 137 K 3,6 UR 19 CR 0,7 (18/05) HB 12,4 LEUCO 7250 PLAQ 322MIL UR 18 CR 0,7 PCR 6

Exames Realizados

> TC CRÂNIO (06/4/2020): CONTUSÕES CEREBRAIS CORTICOSUBCORTICAIS FRONTOTEMPORAL ESQUERDA. HEMORRAGIA SUBARACNOIDE ADJACENTES. LINHA MÉDIA CENTRADA.

> TC CRÂNIO CONTROLE (11/4/2020). ÁREAS HIPODENSAS FRONTOTEMPORAIS BILATERAIS MAIS A ESQUERDA. HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. LINHA MÉDIA CENTRADA.

> TC CRÂNIO (16/4/2020): ÁREA HIPODENSA FRONTO TEMPORAL ESQUERDA CORRESPONDENDO A CONTUSÃO CEREBRAL. COLEÇÃO HIPODENSA SUBDURAL LAMINAR FRONTAL DIREITA. LINHA MÉDIA CENTRADA.

Terapêutica Utilizada

OSELTAMIVIR + AZITROMICINA + HIDROXICLOROQUINA + CEFOTAZIDIMA (INÍCIO: 04/05/20)
FEZ USO PREVIÓ DE: VANCO D14 + METRONIDAZOL D7; TAZOCIN D14 + CEFTRIAXONA 7 DIAS

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

SUS - TRAUMATISMO INTRACRANIANO

DIAGNOSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S06	TRAUMATISMO INTRACRANIANO

Joyce Alves da Fonseca
 Clínica Médica
 CRSMEC - 12009

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 20/05/2020**Observações Complementares**

SEGUIR PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO AO CAPS PARA SEGUIMENTO CONFORME ORIENTAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

Responsável

Médico: JOYCE ALVES DA FONSECA FARIAS

Data: 20/05/2020

Dr. Felipe Anderson A. Lima

Examinado em

Psiquiatria

126

06/08/20



PREFEITURA DE
MARACANAÚ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____

Endereço: Av. Brasil, 1000 - Jd. Maracanaú

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

CNEB 2722372

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA (OU DROGARIA)

2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

DR. MARCOS A. COSTA
MEDICINA PEDIÁTRICA
CRM 100.000.000

Carimbo do Médico

Paciente: Luiz Anderson da Silva

Endereço: Rua C, N.º 100, Cid. Maracanaú

Prescrição: Amoxicilina 3mg

Tabletas 100

Data: 18/08/10.

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

Paciente: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Exame: TC CRÂNIO

Médico Solicitante: Não informado

Convênio: PARTICULAR

Data: 21/07/2020

Pedido: 260108

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL CRÂNIO-CEREBRAL

TÉCNICA:

Realizados cortes axiais do crânio sem a administração E.V. do produto de contraste iodado.

LAUDO:

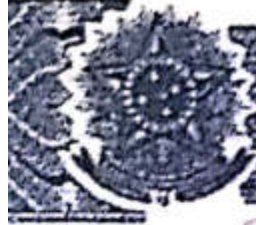
- Hipoatenuação cortico-subcortical no polo do lobo temporal esquerdo e no giro frontal inferior à esquerda, sugerindo sequela de contusão do parênquima.
- Foco de calcificação intraparenquimatoso de aspecto residual no lobo parietal direito, medindo 0,2 cm.
- Parênquima encefálico restante com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substâncias branca e cinzenta.
- Ventriculos cerebrais simétricos com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras silvianas e sistemas anatômicos.
- Não há desvios das estruturas da linha média.
- Não identificamos coleções patológicas intracranianas.
- Não evidenciamos lesões ósseas na calota craniana.

CONCLUSÃO:

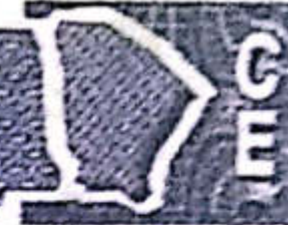
- Hipoatenuação cortico-subcortical no polo do lobo temporal esquerdo e no giro frontal inferior à esquerda, sugerindo sequela de contusão do parênquima.
- Foco de calcificação intraparenquimatoso de aspecto residual no lobo parietal direito.



Dr. Douglas Henning Pinheiro Aragão
Médico Radiologista CRM 13015/CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838237290

NOME
FELIPE ANDERSON ALVES LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
0773970 MTE CE

CPF DATA NASCIMENTO
038.160.713-50 23/09/1991

FILIAÇÃO
**FRANCISCO RODOLFO LIMA
DE ABREU
ANA CELIA ALVES DA
SILVA**

PERMISSÃO ACC CATHAR
AB

Nº REGISTRO
07127581680

VALIDADE
24/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/09/2018

OBSERVAÇÕES
EAR;

Felipe Anderson Alves Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
20/09/2019

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

**05698404536
CE172643546**

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838237290

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200338902 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA **Data do acidente:** 04/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com HSA e contusão cerebral

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, humor anormal, afeto anormal, discurso confuso, pensamento fuga de ideias, dano cognitivo-comportamental alienante.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com Risperidona.

Sequelas permanentes: Deficit cognitivo-comportamental alienante.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/10/2020

Conduta mantida:

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
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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219412/20

Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

CPF: 038.160.713-50

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA : 038.160.713-50

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: 06/08/2020
Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA
CPF: 038.160.713-50

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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: 3200279588
Nome do beneficiário: Felipe Anderson Alves Lima
Nome do solicitante: Felipe Anderson Alves Lima
Data da solicitação: 15/09/2020
CPF do beneficiário: 038.460.713-50
CPF do solicitante: 038.460.713-50

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98781 6626, Tel. Comercial: ()
E-mail: Tel. Residencial: ()

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

Estou enviando documentação médica que comprova que fiquei com sequelas. Solicito pericia médica

Porto Alegre, 22 de Setembro 2020
Local e Data
x Felipe Anderson Alves Lima
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).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267351/20

Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

CPF: 038.160.713-50

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 04/04/2020

Titular do CPF: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA : 038.160.713-50

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: 22/09/2020
Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA
CPF: 038.160.713-50

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267351/20

Vítima: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

CPF: 038.160.713-50

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 04/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA : 038.160.713-50

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: 22/09/2020
Nome: FELIPE ANDERSON ALVES LIMA
CPF: 038.160.713-50

FELIPE ANDERSON ALVES LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA