

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

---

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200325223**

**Vítima: ANTONIO MILTON FIALHO**

**Data do Acidente: 14/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ANTONIO MILTON FIALHO**

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



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

---

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200368972**

**Vítima: ANTONIO MILTON FIALHO**

**Data do Acidente: 14/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO MILTON FIALHO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200368972**      **Vítima: ANTONIO MILTON FIALHO**

**Data do Acidente: 14/03/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO MILTON FIALHO**

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ANTONIO MILTON FIALHO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000004445**

Conta: **0000039151-1**

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200368972      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MILTON FIALHO      **Data do acidente:** 14/03/2020      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da diáfise do úmero esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 30°, abdução aos 70°, adução aos 20°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

Sequela funcional do membro pela perda parcial dos movimentos, pela alteração do tônus, do trofismo e da marcha.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia. Alta definitiva, sem complicações, em outubro de 2020.

**Sequelas permanentes:** Debilidade funcional moderada do MSE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/10/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** 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 do MSE, 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

**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: **3200368972**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MILTON FIALHO**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Oliveira Filho, 1152, , Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **Não Informado / 2005023008964**

Data e local do acidente: **14/03/2020 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **28/10/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Fratura da diáfise do úmero esquerdo**

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

**Realizado tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia. Alta definitiva, sem complicações, em outubro de 2020.**

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 30°, abdução aos 70°, adução aos 20°, rotação medial aos 70°, rotação lateral aos 50°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

**IV.** Nexo 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

**Sequela funcional do membro pela perda parcial dos movimentos, pela alteração do tônus, do trofismo e da marcha.**

**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 ás regiões corporais acometidas.

Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%

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



Dr. Cleber Henrique Carvalho  
MÉDICO - CREMEC 9950

# 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:

IM347102368 Antoniai. vny. Otton Bealho

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Antoniai. vny. Otton Bealho

6 - CPF:

445471023-68

7 - Profissão:

Desenvolvedor

8 - Endereço:

Rua Oliveira Sella

9 - Número:

1152

10 - Complemento:

Centro

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Bonfá

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60181-816

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

8519848-6626

## 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4445

CONTA: 39151

1

(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 ALIENÂNCIA 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 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.

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÚCLEO FAMILIAR

## 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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

residuo (vácuo)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 (apenas os números de identificação da pessoa)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Fortaleza 09 de setembro 2020

abedson Moraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testem

# 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:

IM347102368 Antoniai. vny. Otton Bealho

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Antoniai. vny. Otton Bealho

6 - CPF:

445471023-68

7 - Profissão:

Desenvolvedor

8 - Endereço:

Rua Oliveira Sella

9 - Número:

1152

11 - Bairro:

Centro Pernambuco

12 - Cidade:

Contagem

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60181-816

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

83198489-6626

## 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4445

CONTA: 39151

1

(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 ALIENÂNCIA 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 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.

INVALIDEZ  
PERMANENTE

MORTE

NÚCLEO FAMILIAR

## 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  Sim  
 Não

29 - Se tinha filhos, informar  
teve filhos?  Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro (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 áqueles 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 da pessoa destinada a receber o pagamento

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Porto Alegre, 09 de setembro de 2020

abedson Moraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

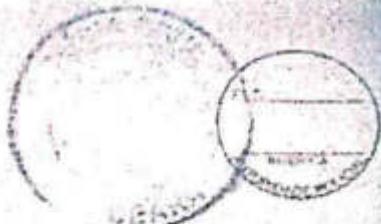
Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1544 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: 02/09/2020 15:39:50  
Data / Hora da Ocorrência: 14/03/2020 19:30:00  
Endereço da Ocorrência: R HERMINIA BONAVIDES, VICENTE PINZON -  
**FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **ANTONIO MILTON FIALHO**  
Nascimento: 23/03/1948 CPF: 445.471.023-68  
RG: 2005023008964 Orgão Emissor: SSPDS UF: **CE**  
Filiação: **CECILIA MARIA DA CONCEICAO**  
**ANTONIO FIALHO SOBRINHO**  
Endereço: **RUA OLIVEIRA FILHO , 1152**  
Bairro: **PRAIA DO FUTURO**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98949-8493**

*Dados do(s) Veículo(s)*

- 1) Placa: **OSM0545** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0550ER203558** Renavam: **582586500** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO MILTON FIALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PND8130** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **8AGSU1920GR131774** Renavam: **1072643275** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **I/CHEVROLET CLASSIC LS** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **HYGOR RODRIGUES FERNANDES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

*Histórico*

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OSM-0545 NA RUA HERMINIA BONAVIDES QUANDO UM CARRO DE PLACAS PND-8130 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE. ////////////////

OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.  
Prazo para representação criminal: 6 meses.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 9. DISTRITO POLICIAL**

*Marcos*  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em 02/09/2020 15:46:55

Pág. 1 de 2

Impresso em 02/09/2020 15:46:55



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso n° 2020544378



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1544 / 2020

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

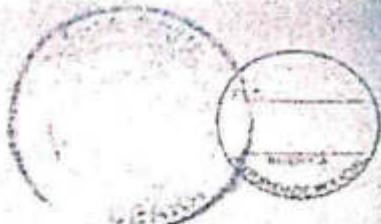
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Antônio Antônio Filho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*MCA/S*

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1544 / 2020

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **02/09/2020 15:39:50**  
Data / Hora da Ocorrência: **14/03/2020 19:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **R HERMINIA BONAVIDES, VICENTE PINZON - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **ANTONIO MILTON FIALHO**  
Nascimento: **23/03/1948** CPF: **445.471.023-68**  
RG: **2005023008964** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **CECILIA MARIA DA CONCEICAO**  
**ANTONIO FIALHO SOBRINHO**  
Endereço: **RUA OLIVEIRA FILHO , 1152**  
Bairro: **PRAIA DO FUTURO**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98949-8493**

*Dados do(s) Veículo(s)*

- 1) Placa: **OSM0545** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0550ER203558** Renavam: **582586500** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO MILTON FIALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PND8130** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **8AGSU1920GR131774** Renavam: **1072643275** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **I/CHEVROLET CLASSIC LS** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **HYGOR RODRIGUES FERNANDES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

*Histórico*

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OSM-0545 NA RUA HERMINIA BONAVIDES QUANDO UM CARRO DE PLACAS PND-8130 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE. ////////////////

OBS: Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.  
Prazo para representação criminal: 6 meses.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 9. DISTRITO POLICIAL**

*[Signature]*  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em 02/09/2020 15:46:55

Pág. 1 de 2

Impresso em 02/09/2020 15:46:55



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso n° 2020544378



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1544 / 2020

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Antônio Antônio Filho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*MCA/S*

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

# 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:

IM347102368 Antoniai. vny. Otton Bealho

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Antoniai. vny. Otton Bealho

6 - CPF:

445471023-68

7 - Profissão:

Desenvolvedor

8 - Endereço:

Rua Oliveira Sella

9 - Número:

1152

11 - Bairro:

Centro Pernambuco

12 - Cidade:

Contagem

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60181-816

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

83198489-6626

## 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4445

CONTA: 39151

1

(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.

INVALIDEZ  
PERMANENTE

## 22 - DECLARAÇÃO DE ALIENÂNCIA 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 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.

MORTE

## 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  Sim  
 Não

29 - Se tinha filhos, informar  
teve filhos?  Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro (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 áqueles 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.

NÚCLEO FAMILIAR

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível da pessoa destinada a receber o pagamento

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Porto Alegre, 09 de setembro de 2020

abedson Moraes

38 - 1º | Nome:

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
WILSON OLIVEIRA SICALLI

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Antônio Wilson Sicalli

6 - CPF:  
445471023-68

7 - Profissão:

Desenvolvedor

8 - Endereço:

Rua Oliveira Sicalli

9 - Número:

1152

10 - Complemento:

Bairro Parque

11 - Bairro:

Centro Parque

12 - Cidade:

Contagem

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60181-816

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

8519848-6626

## 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4445

CONTA: 39151

1

(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.

INVALIDEZ  
PERMANENTE

## 22 - DECLARAÇÃO DE ALIENÂNCIA 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 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.

MORTE

## 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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

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 da pessoa destinada a receber o pagamento

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Porto Alegre, 09 de setembro de 2020

Antônio Wilson Sicalli

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). Antonio Milton Fialho - C.P.F. - 445.471.023-68, no dia 14/03/2020, às 20h05min, na Rua Hermínia Bonavides, no Bairro Vicente Pinzon. 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 da ocorrência com o paciente em questão do processo N° P205656/2020, provavelmente foi Acidente de Trânsito.

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

Documento requerido pela Sra. Hellen Rocha Oliveira por meio do Processo nº P205656/2020.

*Retificamos que houve equívoco no preenchimento do campo (Nome); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Antonio Milton Fialho).*

Fortaleza, 07 de Agosto 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 205656 / 2020 / 10 PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR OTW + OK!

JSB-26 PONTO DE APOIO: PAPIEL

Nº DA OCORRÊNCIA: 0812 P

4/03/2020

TURNO: SU

EQUIPE:

meiaus / Boletim

IDADE: 72

SEXO: M

ME: Antônio M. S. R. Trillo

ENDEREÇO: R. Horácio Boissière - SU

BAIRRO: Vicente Pinha

REFERÊNCIA: 9º DP / Cesar Cale

QTY: 19-53

QUS: 20:05

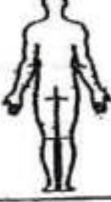
QUI: 20:49

QUA: 21:42

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

Calafrios/ Frio / Nata

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)				
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE				
<b>A</b> Vias Aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> PÉVEAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS POR: _____							
<b>B</b> Respiração	<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b> <input checked="" type="checkbox"/> EURÍPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICO/AUSENTE		<b>INSPEÇÃO</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____		<b>PALPAÇÃO / PERCUSSÃO</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____		<b>AUSCULTA</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	
<b>C</b> Circulação	<b>PULSO</b> <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL		<b>PELE</b> <input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA		<b>ENRICHIMENTO CAPILAR</b> <input checked="" type="checkbox"/> S 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg		<b>SANGRAMENTO EXTERNO</b> <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)</b>								
<b>D</b> Neurologico	<b>ABERTURA OCULAR</b> ESPONTÂNEA: <input checked="" type="checkbox"/> 4 Á VOZ: <input type="checkbox"/> 3 À DOR: <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA: <input type="checkbox"/> 1 TOTAL: <u>15</u>		<b>RESPOSTA VERBAL</b> ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSELÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) MERTUMA		<input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 11		<b>RESPOSTA MOTORA</b> OBEDIENCE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 MERTUMA <input type="checkbox"/> 1	
<b>E</b> Expedição	<b>ADULTO</b>  		<b>LESÕES</b> Dor cintura equinofor + edema em ombro (L) + deformidade em MSF (lumbago / nua / radio) + elevada p/ o/ em MLL + MSF		<b>PEDIÁTRICO</b>  			

## SAMPLA

FC: 88

PA: 150x80 FR: 20

GIC:

OXIM:

TEMP.:

Negr alergias, relata ter H.A.S.

## PREScriÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

paciente idoso, portava colarão caro/puro, relógio, linceope, moedas e  
carteira, que não era ocorrência da motocicleta, no momento  
descrição, o terço anterior do corpo era exposto e que a d. j. verbalizou  
que não desistiu de apelar polícia (maioria de 1000 pro-  
fissionais e voluntários) respeito à incerteza da sua propriedade.  
Ass. / COREN: Maria da Glória S. G.

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

ASS.

## DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: SMF - Recife BOLETIM EMERG: \_\_\_\_\_

LIBERADO  RECUA  REMOVIDO POR TERCEIROS  OUTRO: \_\_\_\_\_

ÓBITO →  NO LOCAL  DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:  SIM  NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Hellen Rocha Oliveira

CRM: 2013  
Dr. Cláudia L. Brant

EM: / / às hs

## COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

## TERMO DE RECUA

EU, \_\_\_\_\_ RG / CPF \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA:

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ANTONIO MILTON FIALHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04445

CONTA: 000000039151-1

---

Autenticação:

D9D13B678B17EA5B99CB61946786E4E790C5EBB0EC86F72069ED5FD915F1E751

ANSWER

ANTONIO MILTON FIALHO  
RUA OLIVEIRA FILHO, 1152, VICENTE PINZON  
FORTALEZA - CEP: 60.161-816  
Cadastrado: 001.011.20.135.00.0034.0000.0

Codificação: 001.011.00.135.00.0434.0000.0

ECONOMIAS | Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

percepciones sobre medicación

Serviço	Medidor	Lerura Anterior	Lerura Atual	Volumen(s)	Média Semestral(s)
---------	---------	-----------------	--------------	------------	--------------------

白虎子

Leitura Atual: Emissão: 26/03/2020 Lacre Água:  
Leitura Anterior: Próxima Leitura: Lacre Espólio:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2020					
Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Col.
Exigidas	510	510	121	510	510
Analizadas	534	533	534	534	534
Em conformidade	532	531	534	514	532

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Engata (m³)
ESGOTO	37,94	MAR/2019	0	12
MULTA DE 2%	0,83	ABR/2019	0	12
JUROS DE 0,033% AO DIA	3,11	MAY/2019	0	12
		JUN/2019	0	12
		JUL/2019	0	12
		AGO/2019	0	12
		SET/2019	0	12
		OUT/2019	0	12
		NOV/2019	0	12
		DEZ/2019	0	12
		JAN/2020	0	12
		FEV/2020	0	12

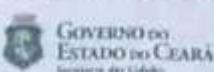
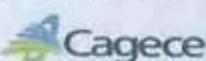
TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,40	VALOR DO SERVIÇO	53,26
COFINS	2,00	VALOR DO SUBSÍDIO	11,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	41,88

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
03/2020	20/03/2020	41,88

(c) abrigada da qualquer outra que a adua ou estabeleça para a Cadeia, conforme regulares das Regras e Regulamentos.

#### Information's Accuracy

Constatamos débito de R\$ 384,54. Caso pago, desconsiderar.  
**RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE**



Fatura Mensal

Via de agradecimiento

dados do cliente

Inscrição: 0003767124

Mês/Ano: 03/2020

#### **Measuring the innovation**

Total VPS: 41,890

82680000000-0 41880009700-2 00376712401-3 00072031046-7

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

**Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 161289654670018      **Admissão:** 14/03/2020 20:53  
**Nome:** ANTONIO MILTON FIALHO  
**Pront.:** 5270520    **Data Nasc.:** 23/03/1948    **Idade:** 72 ano(s) 1 mes(es) e 14 dia(s)    **Tel.:** 85 99628-7589  
**Mãe:** CECILIA MARIA DA CONCEICAO  
**Sexo:** Masculino    **RG:**    **Município:** FORTALEZA  
**CEP:** 60181810    **Bairro:** PRAIA DO FUTURO  
**Endereço:** OLIVEIRA FILHO, Nº: 1152

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**Risco:** AMARELO    **Classificador:** ANA CLEIDE LIMA DA SILVA    **COREN:** 69822    **Horário:** 14/03/2020 20:56  
**Queixa:** COLISÃO CARRO X MOTO SEM RELATO DE SINCOPE ,APRESENTA EQUIMOSE E EDEMA EM OLHO E ,  
 PROVAVEL FRATURA DE BRAÇO E ,ESCORIAÇÕES MMSS E MMII

**Fluxograma:** ACIDENTE COM MOTOCICLETA

**Discriminador:** DOR MODERADA

**Autoagressão:** Não

**Sato02:** Glasgow:    **Temp.:**    **Glicemia:**    **Régua dor:**    **Pulso/FC:**    **PA:**    **FR:**

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**Médico:** CLAUDIO REGIS MATOS BRAYNER    **CRM:** 5213    **Nº:** 618906    **Horário:** 14/03/2020 21:36

**Acidente:** Sim    **Agressão:** Não    **Peso:**    **P.A.:**

**Eixo:** OBSERVAÇÃO 6

**Hipótese Diagnóstico:** TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

**Comorbidade:**

**HDA/Exame Físico:**

TRAUMA TORÁXICO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

**Data:** 14/03/2020 23:07

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

<b>Data</b>	<b>Fluxograma</b>	<b>Discriminador</b>	<b>Risco</b>	<b>Profissional</b>
14/03/2022	20:56	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO

**EXAME**

<b>Nome</b>	<b>Data Solicitação</b>	<b>Urgente</b>	<b>Situação</b>
OS OS / 2020 S1022			

**EVOLUÇÃO**

<b>Data Cadastro</b>	<b>Usuário Cadastro</b>	<b>Descrição</b>

**FICHA DE ATENDIMENTO****IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 161289654670018 Admissão: 14/03/2020 20:53  
 Nome: ANTONIO MILTON FIALHO  
 Pront.: 5270520 Data Nasc.: 23/03/1948 Idade: 72 ano(s) 1 mes(es) e 14 dia(s) Tel.: 85 99628-7589  
 Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEICAO  
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA  
 CEP 60181810 Bairro: PRAIA DO FUTURO  
 Endereço: OLIVEIRA FILHO, Nº: 1152

**PRESCRIÇÃO**

Médico: JOSE ATUALPA PINHEIRO JUNIOR CRM 6120 14/03/20 22:35

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS   TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN   SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN   SE NAUSEA OU VOMITO	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H   .	
DIETA ZERO - PÓS-OPERATÓRIO	

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL** Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

DATA DE EMISSÃO: 06/03/2020  
 PRAE-TUMADA  
 NELSON ESTERNA E BRUNO  
 DATA: 06/03/2020  
 MATRICULA: 51022  
*Jacinto J. Soárez*

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

C  
E

NOME  
ANTONIO MILTON FIALHO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
2005023008964 SSPDS CE

CPF  
445.471.023-68 DATA NASCIMENTO  
23/03/1948

PAIS/AÇÃO

ANTONIO FIALHO  
SOBRINHO  
CECILIA MARIA DA  
CONCEICAO

PERMISSÃO



ACC



CATEGORIA



Nº REGISTRO

06545500314

VALIDADE

11/06/2021

1ª HABILITAÇÃO

13/01/2016

OBSERVAÇÕES

A :

*Antonio Milton Fialho*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

13/06/2018

*for Vaf - 2/19*  
ISOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

55555623112  
CE165456051

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1642971120

PROIBIDO PLASTIFICAR

1642971120

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

C  
E

NOME  
ANTONIO MILTON FIALHO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
2005023008964 SSPDS CE

CPF  
445.471.023-68 DATA NASCIMENTO  
23/03/1948

PAIS/AÇÃO

ANTONIO FIALHO  
SOBRINHO  
CECILIA MARIA DA  
CONCEICAO

PERMISSÃO



ACC



CATEGORIA



Nº REGISTRO

06545500314

VALIDADE

11/06/2021

1ª HABILITAÇÃO

13/01/2016

OBSERVAÇÕES

A :

*Antonio Milton Fialho*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

13/06/2018

*for Vaf - 2/19*  
ISOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

55555623112  
CE165456051

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1642971120

PROIBIDO PLASTIFICAR

1642971120

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255938/20

**Vítima:** ANTONIO MILTON FIALHO

**CPF:** 445.471.023-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO MILTON FIALHO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO MILTON FIALHO : 445.471.023-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020  
Nome: ANTONIO MILTON FIALHO  
CPF: 445.471.023-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA  
CPF: 048.755.333-06

---

ANTONIO MILTON FIALHO

---

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: **3200325223**

Data da solicitação: **01/10/20**  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **Antonio Milton Freire**

CPF do beneficiário: **44547100360**

Nome do solicitante: **Antonio Milton Freire**

CPF do solicitante: **44547100368**

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(85) 98781-6626** Tel. Comercial: (  )

Tel. Residencial: (  )

E-mail:

## 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 em que diz que fiquei com sequelas. Solicito perícia médica.*

Local e Data

*Fortaleza, 09 de OUTUBRO 2020*

*Antônio Milton* *MMbd*

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

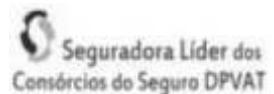
## IMPORTANTE:

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-0291785/20

**Vítima:** ANTONIO MILTON FIALHO

**CPF:** 445.471.023-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO MILTON FIALHO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO MILTON FIALHO : 445.471.023-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2020  
Nome: ANTONIO MILTON FIALHO  
CPF: 445.471.023-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

\_\_\_\_\_  
ANTONIO MILTON FIALHO

\_\_\_\_\_  
PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291785/20

**Vítima:** ANTONIO MILTON FIALHO

**CPF:** 445.471.023-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO MILTON FIALHO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO MILTON FIALHO : 445.471.023-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2020  
Nome: ANTONIO MILTON FIALHO  
CPF: 445.471.023-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020  
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA  
CPF: 041.838.663-32

---

ANTONIO MILTON FIALHO

---

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255938/20

**Vítima:** ANTONIO MILTON FIALHO

**CPF:** 445.471.023-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO MILTON FIALHO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO MILTON FIALHO : 445.471.023-68**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020  
Nome: ANTONIO MILTON FIALHO  
CPF: 445.471.023-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA  
CPF: 048.755.333-06

---

ANTONIO MILTON FIALHO

---

LUCAS HIAGO GUILHERME DA COSTA