



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Fábio Véros de AraujoPORTADOR(A) DO RG Nº 011.450.840-61 EXPEDIDO POR DETRAN/AL EM 22/02/2010CPF 007.555.804-62 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO: Londrin

E RENDA MENSAL DE R\$ Recosou-56 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fábio Véros de Araujo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

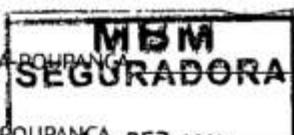
CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO 237 • AGÊNCIA 369-0 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0520109-8

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_



DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

11-DEZ-2013

SINISTRO DPVAT

LOCAL Brasileira, AL DATA 04/10/2013

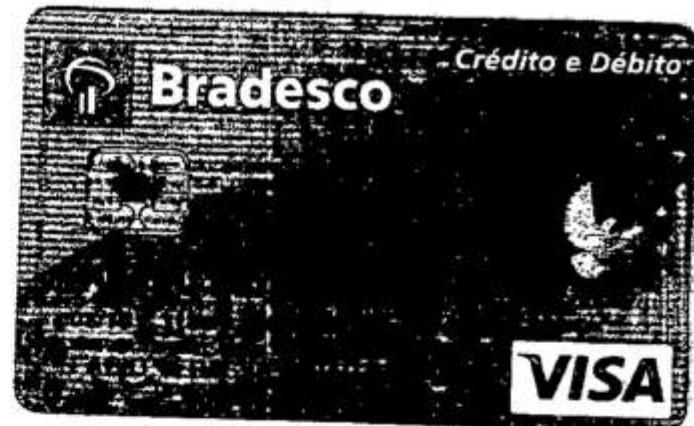
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Fábio Véros de Araujo

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



MBM  
SEGURADORA  
11 DEZ 2013  
SINISTRO DPVAT

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: FABIO VERAS DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03169-0

CONTA: 000000520109-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO241220130500000000002370316900000520109135000 PAGO



**Polícia Militar de Alagoas**  
**Comando do Policiamento do Interior**  
**CPAI - II** - **3º BPM**

3° *BPM*

**Boletim de Ocorrência N°**

603.

v-1 MUY 5926 v-2  
Local AV. GOV. MUNIZ FALCÃO, ARAPIRACA-AL  
Hora 14:40 Dia da Semana SE

v-2

v-3

MUR 9882

603

Data 23/9/2013

Local	14:40	Dia da Semana	SEGUNDA	Choque:							
Hora											
TIPOS	Capotamento	<input type="checkbox"/>	Tombamento	<input type="checkbox"/>	Incêndio	<input type="checkbox"/>	Saída de pista	<input type="checkbox"/>	Casa/muro	<input type="checkbox"/>	Barranco/defensa
	Colisão:				Abaloamento:		Atropelamento:		V. parado	<input type="checkbox"/>	Poste
	Frontal	<input type="checkbox"/>	Traseira	<input type="checkbox"/>	Longitudinal	<input checked="" type="checkbox"/>	Transversal	<input type="checkbox"/>	Pedestre	<input type="checkbox"/>	Outros

Condições presumíveis dos condutores:	v1	v2	v3
Aparência normal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aparência sonolenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomas de embriaguez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal súbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permaneceu no local	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prestou socorro à vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evadiu-se do local	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Classificação:

### Tempo:

Luz

Claro

Nublado

Chuvoso

Nevoeiro

Outros

■ Dia  
■ Entardecer  
■ Amanhecer  
■ Noite  
■ Rodovia ilum

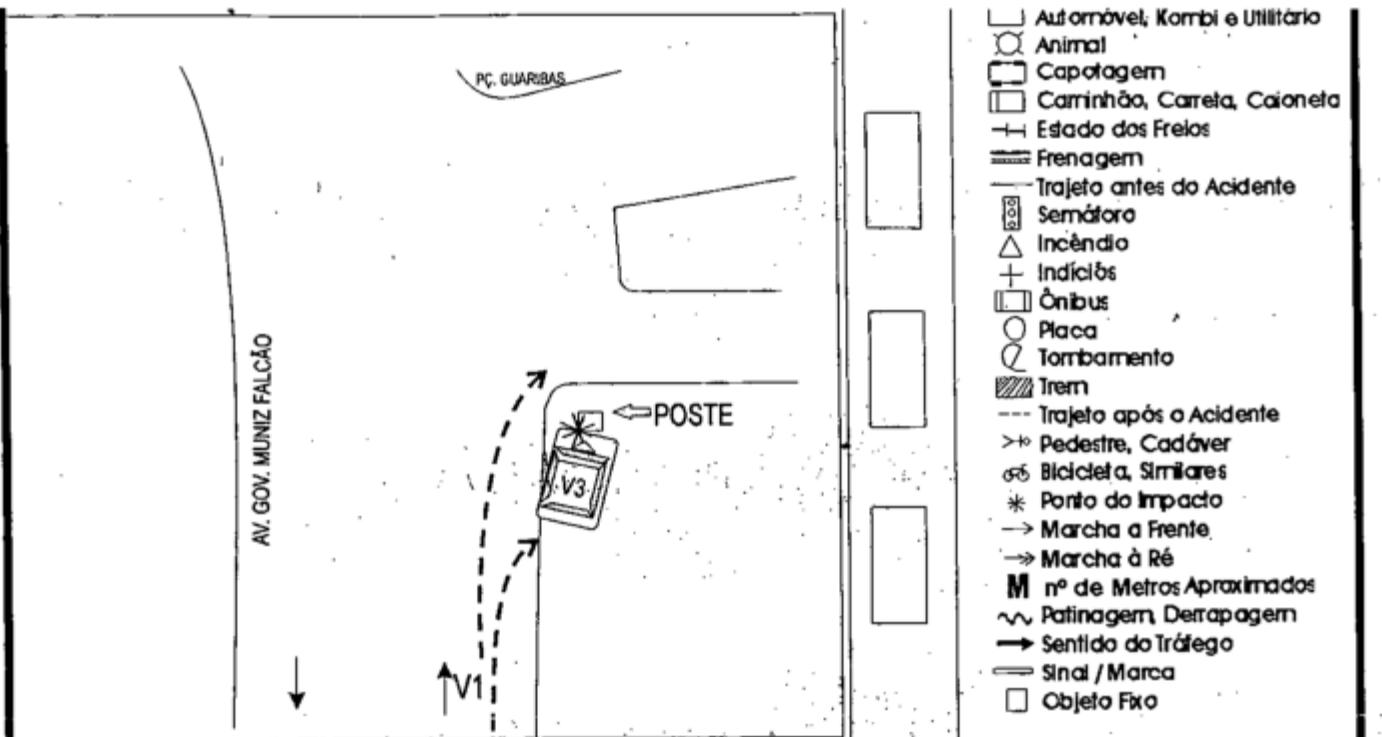
Placa	MUY 5926	Marca/modelo	GM/CORSA/CLASSIC	U - F - E - N - I - P - A - C - A - O	RENAVAM	00550-38259	
Espécie:	Passeio <input checked="" type="checkbox"/>	Coletivo <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	Certidão de averbação e pista de fotocópia	Doc. 16.	
	Táxi <input type="checkbox"/>	Carga <input type="checkbox"/>	Bicicleta <input type="checkbox"/>	que me foi apresentado.	Chassi	9BG5N19908B17	
Proprietário	NÃO IDENTIFICADO					SA - São Paulo AL. 19/11/013	da verdade.
Endereço	NÃO IDENTIFICADO					Em. taxi	Nº Habilitação
Motorista	EVADIU-SE					CORNELIA LIMA NETO	
Endereço	NÃO IDENTIFICADO					Category CNH	Data de Habilitação
Data de nascimento							
Procedência e destino do veículo	RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO					Velocidade estimada	XXXXXX
Danos materiais	NÃO APURADO					0,09 a 0,15	0,16
Leitura do bafômetro:	0,01 a 0,03	0,04 a 0,05	0,06 a 0,08		Validade do seguro		

Validade do seguro: **AZ4BBB01**  
RENAMAM 0059458259  
Dou-16, 9BG5N19908B173471  
Cbaaa

Danos materiais		NÃO APURADO									
Leitura do bafômetro:		0,01 a 0,03		0,04 a 0,05		0,06 a 0,08		0,09 a 0,15		0,16	
Placa	KJY 3326		Marca/modelo		VW/GOL		Validade do seguro		24/7/2014		
Espécie:	<input checked="" type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Táxi <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Bicicleta				RENAVAM		00980509939		
Proprietário	JORGE VIEIRA DE OLIVEIRA										
Endereço	RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO, 193, SÃO LUIZ II, ARAPIRACA-AL										
Motorista	JORGE VIEIRA DE OLIVEIRA										
Endereço	RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO, 193, SÃO LUIZ II, ARAPIRACA-AL										
Data de nascimento	6/9/1962		Categoria CNH		"AB"		Nº Habilitação		02527967458		
Procedência e destino do veículo	ESTACIONADO NA RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO										
Danos materiais	PEQUENA MONTA										
Leitura do bafômetro:	0,01 a 0,03		0,04 a 0,05		0,06 a 0,08		0,09 a 0,15		0,16		
Validade do seguro	28/3/2014										

Nº Habilitação | 02527967458

Placa	MUR 9832		Marca/modelo	FITA/PALIO																
Espécie:	Passeio	<input checked="" type="checkbox"/>	Cóletoivo	<input type="checkbox"/>	Moto	<input type="checkbox"/>	Outras	<input type="checkbox"/>												
	Táxi	<input type="checkbox"/>	Carga	<input type="checkbox"/>	Bicicleta	<input type="checkbox"/>														
Proprietário	FABIO VIEIRA DE ARAUJO																			
Endereço	RUA ANTONIO FELIX DA SILVA, 75, CACIMBAS, ARAPIRACA-AL																			
Motorista	FABIO VIEIRA DE ARAUJO																			
Endereço	RUA ANTONIO FELIX DA SILVA, 75, CACIMBAS, ARAPIRACA-AL																			
Data de nascimento	28/11/1974		Categoria CNH	"AB"																
Procedência e destino do veículo	AV. GOV. MUNIZ FALCAO/GUARIBAS																			
Validade do seguro																				
<table border="1"> <tr> <td>RENAVAM</td> <td>957104510</td> </tr> <tr> <td>Chassi</td> <td>BBG18161G5193465</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>MBM</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>SEGURADOK</b></td> </tr> </table>									RENAVAM	957104510	Chassi	BBG18161G5193465	<b>MBM</b>		<b>SEGURADOK</b>					
RENAVAM	957104510																			
Chassi	BBG18161G5193465																			
<b>MBM</b>																				
<b>SEGURADOK</b>																				
<table border="1"> <tr> <td>11.07.2010</td> </tr> <tr> <td>Nº Habilitação</td> <td>01145004061</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data de Habilitação</td> </tr> <tr> <td colspan="2">28/2/2000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>SINISTRO DPVAT</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Velocidade estimada</td> <td>XXXXXX</td> </tr> </table>									11.07.2010	Nº Habilitação	01145004061	Data de Habilitação		28/2/2000		<b>SINISTRO DPVAT</b>		Velocidade estimada		XXXXXX
11.07.2010																				
Nº Habilitação	01145004061																			
Data de Habilitação																				
28/2/2000																				
<b>SINISTRO DPVAT</b>																				
Velocidade estimada		XXXXXX																		



## **Vítimas:**

Nome	FABIO VERAS DE ARAUJO				Sexo:	Mas	<input checked="" type="checkbox"/>	Fem		
Endereço	RUA ANTONIO FELIX, 75, CACIMBAS, ARAPIRACA-AL				Nascimento	28/11/1974				
Morte:	no local	<input type="checkbox"/>	posterior	<input type="checkbox"/>	Tipo:	pedestre	<input type="checkbox"/>	condutor	<input checked="" type="checkbox"/>	passageiro
Nome	FELIPE FERREIRA VERAS				Sexo:	Mas	<input checked="" type="checkbox"/>	Fem		
Endereço	RUA ANTONIO FELIX, 75, CACIMBAS, ARAPIRACA-AL				Nascimento					
Morte:	no local	<input type="checkbox"/>	posterior	<input type="checkbox"/>	Tipo:	pedestre	<input type="checkbox"/>	condutor	<input type="checkbox"/>	passageiro
Nome	LEILA FERREIRA DOS SANTOS VERAS				Sexo:	Mas	<input type="checkbox"/>	Fem	<input checked="" type="checkbox"/>	
Endereço	RUA ANTONIO FELIX, 75, CACIMBAS, ARAPIRACA-AL				Nascimento					
Morte:	no local	<input type="checkbox"/>	posterior	<input type="checkbox"/>	Tipo:	pedestre	<input type="checkbox"/>	condutor	<input type="checkbox"/>	passageiro

### **Testemunhas:**

## **Narrativa:**

DAS AFIRMAÇÕES COLHIDAS NO LOCAL DO ACIDENTE, DO CONDUTOR DE V2, AVARIAS E TESTEMUNHA, CONSTA QUE: V1 (CORSA) TRAFEGAVA NA RUA JANUÁRIO ANDRADE NETO QUANDO ABALROOU LONGITUDINALMENTE V2 (GOL), QUE ENCONTRAVA-SE ESTACIONADO NA REFERIDA RUA, EMPREENDENDO FUGA PELA AV. MUNIZ FALCÃO E NA ALTURA DA EMPRESA LUNA AVÍCULA FECHOU V3 (PALIO), QUE CHOCOU-SE COM UM POSTE E EMPREENDEU FUGA NOVAMENTE.

OBS.: AS VÍTIMAS FORAM LEVADAS PARA A UNIDADE DE EMERGÊNCIA.

OS DADOS DO CONDUTOR V1 FORAM FORNECIDOS PELOS CONDUTORES DE V2 E V3.

Wellington Leite de Oliveira Co PM  
Aux. do Deptº Acidentes

*Ricardo Jorge da Silva - SGT/RM  
do Depo. Acidentes*

Arapiraca/AL 25/09/2013



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Fábio Veras de Araújo, portador(a) do RG nº 1242615 e inscrito(a) no CPF sob o nº 007.555.824-62 residente e domiciliado(a) à Rua: Projeta da, 22 - QD C 1001 18 - Guaribas. na cidade de Arapiraca, UF AL, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fábio Veras de Araújo

Assinatura do declarante

(conforme documento de identificação)

Arapiraca/AL, 04 de Outubro de 2013



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013802017      **Cidade:** Arapiraca      **Natureza:** Invalidez  
**Vítima:** FABIO VERAS DE      **Data do acidente:** 23/09/2013      **Emissor do parecer:** Kelly Nicolau Rodrigues  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA      **Prestadora:** Visão Médica Ltda      **CRM do médico:** 436856  
S/A

## PARECER

**Data da análise:** 20/12/2013  
**Valorização do IML:** 0,00  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA  
**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS  
**Sequelas:** Com sequela  
**Conduta mantida:**  
**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS:10% DE 100%:10%  
**Documentos complementares:**  
**Observações:**  
**Valor pleiteado:** 13.500,00  
**Médico avaliador:** REGINALDO WANIS  
**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>% Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde 100 que haja comprometimento de função vital	1	10

**Valor avaliado:** 1.350,00

Av. Fernando Lira, nº 3349 - Centro de Lourdes - CEP: 57057-900  
MACEDÔNIA - CEP: 13272-000/001-00 - IE: 24007177-6  
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA  
NP / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO Sobre U N°

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU NÚMERO  
1278613-6

Nº da Nota Fiscal: 0004411114

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
 pela Lei nº 10.430 de 24 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

SEI: 830/2013 01/10/2013 81 37,8

FÁBIO VÉRAS DE ARAUJO  
R PROJETADA 22 QD C LOTE 18 GUARIBAS

57.300-000 - ARAPIRACA

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Absolt:	589		Absolt: 13/09/2013
Anterior:	508		Anterior: 15/08/2013
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 13/10/2013
Consumo Médio:	81		Emissão: 20/09/2013
Consumo Padrão:	81	1 CAM	Apresentação: 20/09/2013

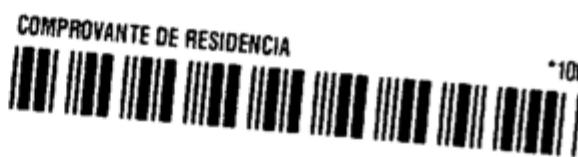
NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL	Ligação: Número Medidor: Posto: Código PIS: Média 12 m: 0000E2115393 S 3 20431 E.1.1.1 72

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	81 kWh a R\$ 0,392391 = 31,71
AGO/13	81	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP)	6,04
JUL/13	93	FEODEP - 0,10	
JUN/13	66		
MAI/13	95		
ABR/13	113		
MAR/13	30		
FEV/13	30		
JAN/13	0		
DEZ/12	0		
NOV/12	0		
OUT/12	0		
SEI/12	0		

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



\*1004040\*

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

BANDERIAS COLORIDAS: A VERDE, BRANCA, AMARELA E VERMELHA TEM ACRESCIMOS: AMARELA E VERMELHA TEM ACRESCIMO - ESTADOS COM A BANDERA VERMELHA - EM 2014 VIGORARÁ ACRESCIMO DE R\$ 0,015 POR kWh. DUVIDAS: WWW.ANEEL.GOV.BR. LIGUE 8889 882 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO: 652A.541A.052D.CCA0.F50B.F865.B657.3788

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	11,09	Base de Cálculo:	31,78
Energia:	11,88	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,62	Valor do ICMS:	5,40
Encargos:	1,14	Valor do PIS:	0,29
Tributos:	7,05	Valor do COFINS:	1,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

26,47	12,94	25,89	3,92	7,85	15,70	3,80
0,00		0,00			0,00	

SE ARAPIRACA I

07/2013

19,08



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Veras de Araújo

RG nº 01.450.040-61, data de expedição 22/02/10, Órgão DETRAN/AL

CPF nº 007.555.824-62, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Profeta de</u>
Número	<u>22</u>
Apto / Complemento	<u>00 C loote 18</u>
Bairro	<u>Guaribas</u>
Cidade	<u>Graciosa</u>
Estado	<u>Alagoas</u>
CEP	<u>57360-000</u>
Telefone de Contato	<u>(82) 3522-5712 (82) 9999-3809</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Graciosa/AL 04/10/2013

Assinatura do Declarante: Fábio Veras de Araújo



**RELATÓRIO MÉDICO**

Nome do Paciente: Fabio Veras de Araujo

Endereço : Rua Muniz Falcão. São Luiz. Arapiraca. AL

Número do Prontuário (ou Boletim de Emergência): 377115

Data da Entrada : 23-09-2013

Data da Saída: 23-09-2013

Paciente vítima de colisão entre carro e poste. Deu entrada nesta Unidade de Emergência com fratura de ossos próprios do nariz. O paciente foi avaliado pela bucomaxilofacial, medicado e orientado para cirurgia eletiva.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

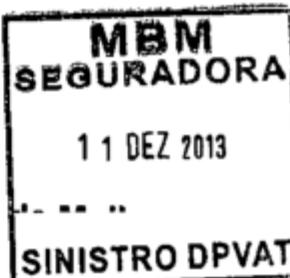
\*10040



Arapiraca, 14 de outubro de 2013

*Maxuel Nogueira dos Santos*  
Dr. Maxuel Nogueira dos Santos  
CRM 2082

Rodovia AL 220 - Km 05 s/n - Bairro Sonador



MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

NO. DO BEBÉ: 39915

DATA: 27/09/2013

SETOR: II - SALA DE PARTO

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME: FÁBIO VÉRIO DE APARECIDA

IDADE: 33 ANOS NASC. 03/09/1978

ENDERECO: RUA MIGUEL FOLGAC

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO: APARECIDA

NOME DA MÃE:

RESPONSÁVEL: SÓI

LOCAL DE PROGREDO DA OPERAÇÃO:

MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISÃO - CARRO/OUTRO

CASO POLICIAL: NÃO FLAMO DE SAÚDE

ACID. TRABALHO: NÃO VETO DE APARECIDA

PA: 1 X SPO: 3 PULSO: 1

EXAMES COMPLEMENTARES: E 1 RAIO X E 1 ECG  
E 1 LTCORR E 1 ELET

DADOS CLÍNICOS:

Parente cefálico sem alterações anatomico-sistólico (cervo/pescoço) nega desvaneço e náusea. Glargueis supurativo, abdômen fluido. Sem dor, febre, náusea. Ressonamento normal.

DIAGNÓSTICO:

ESPECIAÇÃO

AO BMF.  
Alt. ob. cir. genol.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE DE EMERG. DR. DANIEL HOULY

A vista do original apresentado,  
AUTÉNTICO a presente cópia, na  
forma do Art. 5º§ único do Decreto  
Nº 83936/79.  
Arapiraca/AL, 07/10/2013

*gasipvc*  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística

DATA DA SAÍDA:

ALTA: E 1 DECÍAS MEDICO E 1 A FEDERICO  
E 1 ENCARTEIRO DO AMBULATÓRIO  
INTERNAÇÃO NO PRÉFETO HOSPITAL (SETOR)

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

SETOR: E 1 ATÉ 4946 E 1 APÓS 4946 E 1 E 1

ASSINATURA DO PARECERES RESPONSÁVEL



TS/DATASUS

ANEXO DE INFORME DE FATO

Nº DO SE: 275117

DATA: 20/12/2013

SETOR: 110 - SALA OPERATIVA

NOME: FABIO VIEGOS DE APALHO  
IDADE: 38 ANOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PROFESSOES REALIZADAS

Código

Descrição

23109113

15:15m

Bmf

Acidente automobilístico. C. e. automóvel  
em choro nrod. furtivo com apelido  
ou pseudônimo de concorrente

CP: ① Sobre Rx  
② Reavaliação

RE

23109113 Bmf

Rx - fratura de OPG e inabilitação p/ 1  
mentamento futuro

CD: ① A 1te Bmf



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE DE EMERG. DR. DANIEL HOULY

À vista do original apresentado,  
AUTENTICO a presente cópia; na  
forma do Art. 5º§ único do Decreto  
Nº 83936/79.  
Arapiraca/AL. 07/10/2013

mac-fva  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística





DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037





**Ministério da Fazenda**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 007.555.824-62

Nome da Pessoa Física: FABIO VERAS DE ARAUJO

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:43:35 do dia 07/10/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: A239.C561.C71B.F3A3

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



OUTROS

1004054\*



## DECLARAÇÃO

Eu, Fábio Veras de Araujo, brasileiro(a),  
estado civil Casado, portador(a) do RG nº 1242615,  
inscrito(a) no CPF sob nº 007.555.824-62, residente e domiciliado(a) à  
R. Megetado, 22 00 C lote 8-Guaribas,  
na cidade de Arapiraca, UF AL DECLARO para os  
devidos fins e a quem possa interessar, sob pena de responsabilização civil e criminal, que  
era o(a) Condutor do veículo FITA / DPLIO, placa  
MUR 9882 envolvido em acidente de trânsito no dia 23/09/2013, sem ser, no  
entanto, proprietário(a) do mesmo. Sem mais.

Arapiraca/AL, 04 de Outubro de 2013.

Nome:

CPF:

