

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

315066541601

VALOR TOTAL:

1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO SOUZA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000028437

Número da Autenticação

3938AC251124AEA5

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150665416

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO

Data do acidente: 02/03/2015

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE.

Descrição do exame médico pericial: CEFALEIA, DEFICIT DE MEMORIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO. ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GABRIELA GRACA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

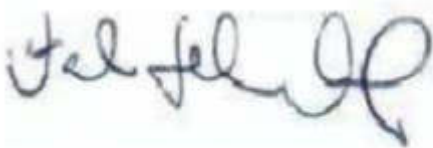
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150665416 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO SOUZA DO CARMO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALMIRANTE RUFINO nº 46 - VILA UNIAO - FORTALEZA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2004009011394 - SSP**
Data local do exame: **24/08/2015 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TCE LEVE.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO. ALTA MEDICA.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

CEFALEIA, DEFICIT DE MEMORIA.

IV. Segundo o 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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

SNC

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 24/08/2015

Médico Perito: GABRIELA GRACA SUARES PINTO CRM: 52.66379-4


Gabriela Graca
Ortopedista
CRM 52.66379-4

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta nº: 7734093

A/C: ANTONIO SOUZA DO CARMO

Sinistro: 3150665416
Vítima: ANTONIO SOUZA DO CARMO
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO SOUZA DO CARMO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 0000028437-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 011826811634
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PRT 01 00524749221 00000000000 2015
ANTONIO SOUZA DO CARVALHO
FORTALEZA

04213433382 0559211/CE
PLACA ANT / UF 0559211/CE

PAS/MOTORCICLO/MARCA/FALCON
HONDA/NX 4001 FALCON
2P/OCV/397CC

1 PAVIA LEVA
V PARCELAMENTO / COTAS
A

PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04
PREMIO TOTAL (R\$) 143,38
DATA DE PAGAMENTO 09/04/2015

FORTALEZA 0/04/2015

Local: Fortaleza
Data: 0/04/2015

CE Nº 011826811634 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodebrasil.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 04213433382 0559211
RENAVAM 00524749221 HONDA/NX 4001 FALCON
0559211/CE

PREMIO TARIFARIO 129,04
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
DATA DE PAGAMENTO 09/04/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O J POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.344.000/0001-04
www.seguroadoralider.com.br

011826811634
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

02137
0559211
00524749221



ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 124 - 469 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 27/03/2015 11:08:10
 Data / Hora da Ocorrência: 02/03/2015 20:20:00
 Endereço da Ocorrência: AV MENDEL STREIMBRUCH

INDUSTRIAL MARACANAÚ / CE

Ponto de Referência: EM FRENTE AO AFONSO VEÍCULOS

Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, SUBMETENDO-SE AS PENAS DO ART. 299, QUE PREVÊ QUE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE, CONSTITUI CRIME PUNÍVEL COM PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. Diante disto declara que, na data e hora mencionados pilotava a motocicleta Marca/Modelo: HONDA/NX 400I FALCON, Número Chassi: 9C2ND1010DR300821, Placa: OSS9211, Cor: VERMELHA, Proprietário: ANTONIO SOUZA DO CARMO; QUE declara que foi colidiu com um cavalo; QUE veio a cair ao solo; QUE declara que foi socorrido pelo SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú ao Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda - HMJEH; QUE declara que sofreu TCE e perda da consciência; QUE NADA MAIS DISSE; //!!!!!!!

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE GLEIDSON PEREIRA RAMOS - MAT.: 380051-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Souza do Carmo

VISTO DO DELEGADO(A):

GEORGE MARQUES MALAQUIAS - MAT.: 133831-1-1

NO DE MONDUBIM
 REGISTRO CIVIL
 Registrante Silva, nº 251-A
 Rua N. Traiponga
 CEP 62821-3467 0760

A presente cópia fotostática, confere com o original exibido neste Cartório. Dou fé.
 Mondubim

24 JUN. 2015

da Verdade

Carla Maria Cabares de Melo - Oficial
 Patrícia Cabares de Melo - Substitua
 Fernanda Cabares de Melo - Escrevente
 Carlos Alberto Martins Sobrinho - Escrevente

Autenticação
 GMR01:971



66 Bam



FICHA DE ATENDIMENTO S.O.S. MARACANAÚ Nº DA SOLICITAÇÃO RS 02
HORA DA SOLICITAÇÃO HORA DE CHEGADA AO LOCAL 21:04
HORA DA SAÍDA DO LOCAL HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 21:40

1. DATA 02/03/35 2. ENDEREÇO AV. B 9200
3. REFERÊNCIA 4. SEXO Masc. 5. IDADE 29 6. BAIRRO Jari Mateia

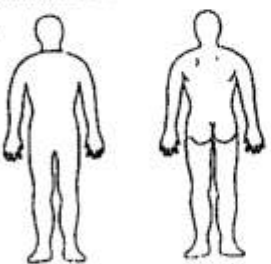
7. NOME Antônio Sousa do Carmo

8. C. EXTERNAS 8.1 Atropelamento 8.2 Capotamento 8.3 Colisão 8.4 Queda de bicicleta 8.5 Queda de moto 8.6 Queda 8.7 Agressão física 8.8 Titulo/Envenenamento
8.9 F. Lacero-contuso 8.10 FAB 8.11 FAF 8.12 Tent. Suicídio 8.13 Choque Elétrico 8.14 Queimadura 8.15 Alojamento
9. C. CLÍNICAS 9.1 Dor Intensa 9.2 Dispneia 9.3 Mal Súbito 9.4 Convulsão 9.5 AVC 9.6 Vômitos 9.7 Hipertensão
10. C. OBSTÉTRICAS 10.1 Aborto 10.2 STV 10.3 Parto 10.4 Complic. Pós Parto 10.5 Outros
11. C. PSIQUIÁTRICAS 11.1 Crises 11.2 Transferências

12. AVALIAÇÃO INICIAL
A. VIAS AÉREAS Pérvias Obstruídas
C. CIRCULAÇÃO Pérvia Patida Cianótica Úmida Seca Ictérica Normal Ausente Irregular Filiforme Sim Não
Sangramento Externo Sim Não
P. Arterial 140x80 Pulso F. Resp. As O 5

13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVONH Alerta Responde a Estímulos Dolorosos Responde a Estímulos Verbais Nenhuma Resposta

14. ESCALA DE GLASGOW 15. ESCALA DE TRAUMA 16. PRINCIPAIS LESÕES



- Laceração Deformidade Edema Abrasão Fratura Aberta Amputação Hematoma FAF Avulsão Dor Contusão FAB Queimadura

obs: Cliente vítima de acidente com moto, apresentando edema e entorpecimento

17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS
1 Apnéia 12 Hipotensão 23 Palidez
2 Anisôria 13 Hipertensão 24 Sinais vitais
3 Agitação 14 Hipoxia 25 Sístole
4 Bradicardia 15 Hipotermia 26 Taquicardia
5 Bradistímia 16 Hipoglucemia 27 Tachicardia
6 Anisocoria 17 Hiperglicemia 28 Urticária
7 Cianose 18 Náusea / Vômitos 29 Hicção
8 Cistite 19 Pupilas Foto Réagentes e Isocóricas 30 Paralisia
9 Dispneia 20 Pupilas Mílicas
10 Dor 21 Pupilas Mioticas
11 Halito Eúico 22 Pupilas Anisocóricas

18. PROCEDIMENTO REALIZADO
1 Anestesia Geral / Orogênica / Injetiva
2 Bandagem / Imobilização
3 DAC
4 Sondagem Nasogástrica
5 Cateterismo Vesical
6 Colocação de Cânula Orogênica / Injetiva (Guedel)
7 Curativo Simples
8 Curativo Alcoólico
9 Drenagem de Tórax
10 Desobstrução Venosa
11 Desobstrução das Vias Aéreas
11.1 Aspiração Oral / Naso Traqueal
11.2 Manobra de Chin LH
11.3 Manobra de Jaw Thrust
11.4 Manobra de Heimlich
11.5 PLS
12 Desfibrilação
13 Eletrocardiograma (ECG)
14 Glicemia 115
15 Intubação por videolaringoscopia
16 Coto Cervical
17 KED
18 Imobilização de Membros
19 Prancha Longa
20 Ventilação Mecânica
21 Intubação
22 Limpeza de Ferida com Soro Fisiológico
23 Massagem Cardíaca Externa
24 Monitorização Cardíaca
25 Oximetria de Pulso
26 Punção Venosa
27 Punção Intra-Óssea
28 Ventilação com Válvula de Demanda
29 Ventilação Boca-Máscara
30 Ventilação com ressuscitador Manual

CONFERE COM O ORIGINAL

19. HISTÓRIA "AMPLA"
1. Alergia
2. Medicamentos
3. Doenças
4. Última Refeição
5. Ambiente
20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS
21. SOLUÇÕES INFUNDIDAS

Drogas	Quantidade	3 VIA							21. SOLUÇÕES INFUNDIDAS	
		1.EV	2.ET	3.IM	4.SC	5.SL	6.VO	7.ID	1. SOLUÇÃO	2. VOLUME
1.1	2.1								1.1	2.1
1.2	2.2								1.2	2.2
1.3	2.3								1.3	2.3
1.4	2.4								1.4	2.4
1.5	2.5								1.5	2.5

22. ÓBITO 1. Óbito no local 2. Óbito Durante o Transporte
23. DESTINO 1. Liberado 2. Óbito 3. Recusa Hospital 4. Hospital
24. CLIENTE ACOMPANHADO SIM NÃO

25. OBSERVAÇÕES
* Local com C-4: AV. Menckel St. 1º andar, esquina com Av. ...
OD: Adilson / Sr. Victor Hugo / Ronda 41286

PLANTONISTA
Assinar Gr. Enfermagem *Freda*
Assinatura do Acompanhante *Valerone da Silva*
Responsável pelo Atendimento no Hospital *Emanuel*



1500356872 02/03/2015 21:33:04 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 16

Paciente ANTONIO SOUZA DO CARMO
Data Nascimento 30/05/1986 Idade 28 A. 9 M 3 D
Tipo Doc Documento Orgao Emissor Data Emissao Sexo Estado Civil Raca/Cor Naturalidade
M M Solteiro(a) Parda FORTALEZA - CE
Mãe MARIA FRANCI
Endereço AVENIDA - B - 200 - JEREISSATI 3 - PACATUBA - CE
Contatos Cell: 8565050823

Class. de risco Plano Convenio SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE
N da Carteira Validade Autorização
Tipo de Atendimento PRONTO ATENDIMENTO Carate do Atendimento Urgência Profissional do Atend. Sis Prenatal Peso Temp. Pressão
Tipo de Chegada Procedimento Sol. Procedencia
Registrado por: josevcn

Últimos atendimentos: 02/03/2015 21:33:04
SADE - Exames Complementares

() CTG () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

Classificação de Risco: História de trauma automobilístico (Queda de moto) com TCE;

Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos: A.D. XOMI
Nunca. Acidentes; At. is, Rotivos; Mas Dispositivos;
Exigindo atenção, sim. q. t. motog.

Assinatura e Carimbo do Médico: Paciente com TCE e perla da consciência
Cox - Traumatismo p/ ISF

Assinatura e Carimbo do Médico: [Signature]

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável: Zulene de Silva de M...
Assinatura e Carimbo do Médico

Gratificação Lina
G...
P...



PAI - ANTONIO LOPES DO CARMO

INSTITUTO Dr. JOSÉ PROTÁ
"24 horas de proteção à vida"

CAUSA E MOTO (ANIMAL)

SOCIEDADE... Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

EMITIDO EM: 03.03.15
HORÁRIO: 02:06

Identificação do Paciente
NOME DO PACIENTE: SUS 709507608640920

ANTÔNIO SOUZA DO CARMO
TIPO DOCUMENTO: RG Nº REGISTRO: 5357066

20040090113
DATA DE NASCIMENTO: 30-05-86 SEXO: M RACA/COR:

MARLA FRANCY SOUZA DO CARMO
NOME DO RESPONSÁVEL

VALERIANO - ESPOSA
ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): 84358050

AV. B. Nº 200 C/513 JERISSATI III
MUNICÍPIO (C. RESIDÊNCIA): RECANTUSA

CÓDIGO IBGE: UF: CE CEP: 61.300.000

Ocorrência: CONJUNTO INDUSTRIAL

LOCAL: RESIDÊNCIA BENTONISMO TRABALHO ÁREA PÚBLICA (Especificar: CLINICA)
MUNICÍPIO: Ocorrência

Tip. do Atendimento: ADULTO
1 - ADULTO 2 - PEDIÁTRICO 3 - TRAUMATOLÓGICO 4 - ODONTOLÓGICO 5 - OFTALMOLÓGICO 6 - ODONTOLÓGICO 7 - ENDOSCÓPICO RESPIRATÓRIO 8 - ENDOSCÓPICO DIGESTIVO 9 - GINECOLOGIA 10 - GTO 11 - GTO

Motivo do Atendimento: CONSULTA NÃO MÉDICA

CID PRINCIPAL: CID SECUNDÁRIO: 0301010048

Atendimento Médico: CONSULTA NÃO MÉDICA

ANAMNESE: Volante de acidente de moto. Estava em reparo. Não tem histórico de acidente. Medica tortura e injeções. Si. Outros exames. Agor. 15. ACB. Pieliteca. Cel. Vincenti. Cel. TCC. USA. RX.

PLAQUEIA: 0301000001 CONSULTA MÉDICA

SACD SOLICITADOS: () HC () SU () POR () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS

CONDUTA: DATA E HOR. DO ATENDIMENTO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

Parceiro Médico 1

ESPECIALIDADE: Medicina DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

EXAME CLÍNICO: Ponto vital de está de normal. CG 18 An e. RX Gd. Guad. Pl. - Agor. TCC. djo TC. Com. Pln.

DIAGNÓSTICO: CODIGO: CID:

CONDUTA: At. e PCR

DATA E HOR. DO ATENDIMENTO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA CONSULTA MÉDICA

0301000001

03/03/15 AS H

CONFERE ORIGINAL
13/03/2015
[Signature]

ESPECIALIDADE C- Geral	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE
EXAME CLÍNICO Paciente com história de trauma torácico (ultra-soni- grafia) Estável hemodinamicamente. Ao exame: lat. 110/92 bpm Ard: DPO. USG Jav: normal		
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	CID
CONDUTA Alta em ambul.	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA Sandro R. Vale de Sousa Clínica Geral CREMEC-15454	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Parâcer Médico 3		
ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE
EXAME CLÍNICO		
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	CID
CONDUTA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Prescrição Ambulatorial		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
500 (1:1) 1000 ml 12V	500 500	

Tipo de Alta/Saída						
<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA	HORA	
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> ÓBITO				

Internação			
Nº DO PRONTUÁRIO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA	HORA

Óbito					
ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA ÓBITO	HORA
OBSERVAÇÃO					

DESTINO DO CORPO:	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> SVG	<input type="checkbox"/> ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável: _____)
-------------------	------------------------------	------------------------------	--


Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou atendimento, pré-hospitalar ao Sr. **ANTÔNIO SOUZA DO CARMO**, Identidade nº 305.880-1-0 PM/CE, filho de Antônio Lopes do Carmo e de Maria Francly Soza do Carmo, nascido em 30/05/1986, natural de Fortaleza - CE, residente à Avenida B, casa 200, Conjunto Jereissate III – Pacatuba/CE, o qual na data de 02/03/2015, por volta de 21:09h, foi vítima de acidente no trânsito (Queda de Moto). A vítima foi conduzida ao Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda - HMJEH, Maracanaú/CE.

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

Maracanaú-CE., 23 de março de 2015


F. Gessival Marques dos Santos
Coordenador do SOS Ambulância



RECEITUÁRIO

Ajustado

do Ajusto para as divi-
das Viss e por Antonio
Sousa do Carmo sobre
T.C.E em 02/03/2015, subme-
tidos e tratamento conserva-
dor + observações neurolo-
gicas a encontra 21 Comp
Cefalica + fontana 1 dieta
medica definitiva em
02/06/2015

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5158
CPF: 228.775.923-81

Fortaleza, 02/06/15



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

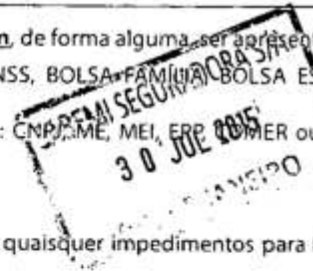
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Souza do Carmo
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2004009011394 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 1 / 1 / 15 E
 CPF 042134333-82 / CNPJ _____, PROFISSÃO Policial
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ant. Souza do Carmo, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA-FAMÍLIAR, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, EPP, MEI, EPP ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1563 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28437-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

104 de 29 de Junho de 2015 Antonio Souza do Carmo
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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 pr

DOCUMENTO 1 *T1%* www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ANO DE EMISSAO: 1947
 20040090011947 (BR)DS
 CPF: 042.343.333-82
 DATA DE EMISSAO: 30/05/1986

NOME: ANTONIO GOMES DOS SANTOS
 ENDERECO: AV. ANTONIO CARLOS DE
 OLIVEIRA, 100 - JARDIM
 BOTANICO - RECIFE - PE

CATEGORIA: AB

692881889

692881889

DEBRI - CE (CEARA)

DOCUMENTO 5 *T5%*

