



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Crato
Processo: 02023444020228060071
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 03/03/2023 16:53:20

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2880444_CONTESTACAO_0
1 - 1-8.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2880444_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-16.pdf
Documentação: 2880444_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 17-18.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/08/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321020692601

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05366

CONTA: 000000007736

Número da Autenticação

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210206926 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA COM LESÃO DE PARTES MOLES E EXPOSIÇÃO ÓSSEA. P10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P58,59

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

B.A.T. - BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 15112019-0001

DECLARAÇÃO

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 03

NOME (letra de forma) JOSE VITOR SODRES DE ALENCAR COBAO SEXO MASCULINO FEMININO
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF) 040714903-14 ÓRGÃO EMISSOR SSPDS UF CE DATA DE NASCIMENTO 22091997
 ENDEREÇO DO CONDUTOR NÃO FOI INFORMADO
 COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

O MESMO ESTÁ EM AVALIAÇÃO MÉDICA, NÃO PODENDO RELATAR O OCORRIDO.
 OS PAIS INFORMARAM QUE RECARRIA COM AS DESPESAS DO VEÍCULO (01).
 (NÃO INFORMARAM O SEU ENDEREÇO.)

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.
 (Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE
 Crato-CE, 18 de NOVENBRO

ASSINATURA DO AGENTE
 de 20 19

DECLARAÇÃO

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº

NOME (letra de forma) IDENTIDADE (R.G. OU CPF) ÓRGÃO EMISSOR UF DATA DE NASCIMENTO SEXO MASCULINO FEMININO
 ENDEREÇO DO CONDUTOR COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

DEMUTRAN
CRATO - CEARÁ
PROTOCOLO GERAL
Nº
RECEBIDO
EM / / AS h

DEMUTRAN
AUTENTICAÇÃO
Está conforme o original
Crato, 27/11/19
Ass. do responsável

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.
 (Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE
 Crato-CE, de

ASSINATURA DO AGENTE
 de 20

B.A.T. - BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 181/2019-0002

DECLARAÇÃO

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01

NOME (letra de forma) JOSE ALVARO DE MAGALHAES
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF) 140886533-68 ÓRGÃO EMISSOR SSP UF CE DATA DE NASCIMENTO 11/03/1958
 ENDEREÇO DO CONDUTOR AV. JOSE ALVES DE FIGUEIREDO N. 138
 COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF
 CENTRO 1193

SEXO
 MASCULINO
 FEMININO

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Meu veículo estava estacionado em frente a minha residência, quando uma moto veio a colidir com o meu carro, vindo a parar manobrando em direção do automóvel.
 Placas do veículo Ford Ka placa PNR 7030, de cor branca: Parachoque traseiro

AUTENTICAÇÃO
Está conforme o original.
Crato, 27/11/19

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.
(Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE: [Assinatura] de 18 de Novembro de 2019
 ASSINATURA DO AGENTE: [Assinatura] de 20 de 19

DECLARAÇÃO

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 02

NOME (letra de forma) FRAZES DE CLOVANE DUARTE DO NASCIMENTO
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF) 163272378-60 ÓRGÃO EMISSOR SSP UF CE DATA DE NASCIMENTO 05/09/1968
 ENDEREÇO DO CONDUTOR JOSE HENRIQUE BRAZILKES
 COMPLEMENTO BAIRRO NÚMERO MUNICÍPIO UF
 FUNDAMENTOS 611 JUAZEIRO CE

SEXO
 MASCULINO
 FEMININO

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

HOMEM TENTOU ultrapassar o limite de velocidade com o carro que estava parado no canto direito com isso nessa curva girou e parou para socorrer o mesmo.

DEMUTRAN
CRATO - CEARÁ
PROTOCOLO GERAL
Nº [Número]
RECEBIDO
EM [Data] AS [Hora]

POR SER VERDADE, FIRMO A PRESENTE E ASSUMO A RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL PELA DECLARAÇÃO ACIMA PRESTADA.
(Art. 342 do CPB - Fazer afirmação falsa, ou negar, ou calar a verdade em processo policial; Pena: de 01 a 03 anos.)

ASSINATURA DO DECLARANTE: [Assinatura] de 18 de Novembro de 2019
 ASSINATURA DO AGENTE: [Assinatura] de 20 de 19

B.A.T. - BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº _____

DADOS DO ACIDENTE

LOCAL DA OCORRÊNCIA RUA _____ DATA _____ HORA _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ NÚMERO _____ MUNICÍPIO _____ UF _____

JURISDIÇÃO: FEDERAL ESTADUAL MUNICIPAL

ZONA: RURAL URBANA NÃO INFORMADO

NATUREZA DO ACIDENTE: ABALROAMENTO ATROPELAMENTO ATROP. DE ANIMAL CAPOTAGEM COLISÃO CHOQUE C/ OBJETO FIXO INCÊNDIO NÃO INFORMADO OUTROS

CLASSIFICAÇÃO: COM VÍTIMA SEM VÍTIMA

Nº DE VÍTIMAS: FERIDAS _____ FATAIS _____

SINALIZAÇÃO: HORIZONTAL (PINTADA) VERTICAL (PLACAS) NÃO TEM

CONDIÇÕES DO TEMPO: BOM CHUVA NEBLINA

ILUMINAÇÃO: BOA RUIM REGULAR

CONDIÇÕES DA VIA: SECA MOLHADA DANIFICADA OLEOSA EM OBRAS OUTRAS

TIPO DE PAVIMENTO: ASFALTO TERRA CASCALHO CONCRETO PARALELEPÍPADO OUTRO

ACOSTAMENTO: REGULAR ESTRITO NÃO TEM

VEÍCULO E CONDUTOR

NOME DO CONDUTOR: JOSE UITOR SOARES DE AZEVEDO LOBÃO SEXO: MASCULINO FEMININO

IDENTIDADE (R.G. OU CPF): 040714903-14 ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS UF: CE DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1999

ENDEREÇO DO CONDUTOR: MAU FOI INFORMADO

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ NÚMERO _____ MUNICÍPIO _____ UF _____

TIPO DE HABILITAÇÃO: HABILITADO INABILITADO PERMISSIONADO NÃO EXIGÍVEL NÃO INFORMADO

PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 01082019 CATEGORIA: AB PRONTUÁRIO: 07308476234 UF: CE

TIPO DE VEÍCULO: AUTOMÓVEL BICICLETA CAMINHÃO CAMINHONETE MICROÔNIBUS ÔNIBUS REBOQUE SEMI-REBOQUE NÃO INFORMADO

OUTRO: MOTONETA

PLACA: PNR 4725 UF: CE

MUNICÍPIO: ATACATÁ VEÍCULO MARCA/MODELO: HONDA/POP ESPÉCIE: MOTONETA

ESTADO DO VEÍCULO: PEQUENA DANIF. MÉDIA DANIF. GRANDE DANIF. NÃO INFORMADO

SEGURADORA: _____ DATA DA EMISSÃO: _____ BILHETE: _____ Nº DE PASSAGEIROS: _____

NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO NUNES CARVALHO

ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO: _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ NÚMERO _____ MUNICÍPIO _____ UF _____

VEÍCULO E CONDUTOR Nº

NOME DO CONDUTOR: _____ SEXO: MASCULINO FEMININO

IDENTIDADE (R.G. OU CPF): _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ UF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO DO CONDUTOR: _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ NÚMERO _____ MUNICÍPIO _____ UF _____

TIPO DE HABILITAÇÃO: HABILITADO INABILITADO PERMISSIONADO NÃO EXIGÍVEL NÃO INFORMADO

PRIMEIRA HABILITAÇÃO: _____ CATEGORIA: _____ PRONTUÁRIO: _____ UF: _____

TIPO DE VEÍCULO: AUTOMÓVEL BICICLETA CAMINHÃO CAMINHONETE MICROÔNIBUS ÔNIBUS REBOQUE SEMI-REBOQUE NÃO INFORMADO

OUTRO: _____

PLACA: _____ UF: _____

MUNICÍPIO: _____ VEÍCULO MARCA/MODELO: _____ ESPÉCIE: _____

ESTADO DO VEÍCULO: PEQUENA DANIF. MÉDIA DANIF. GRANDE DANIF. NÃO INFORMADO

SEGURADORA: _____ DATA DA EMISSÃO: _____ BILHETE: _____ Nº DE PASSAGEIROS: _____

NOME DO PROPRIETÁRIO: _____

ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO: _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ NÚMERO _____ MUNICÍPIO _____ UF _____

DE MUTRAN
AUTENTICAÇÃO
Está conforme o original
Crato, 27/11/24
Ass. do responsável

DE MUTRAN
CRATO - CEARÁ
PROTOCOLO GERAL
Nº _____
RECEBIDO
EM _____ AS _____

NOME: JOSE VITOR SOARES DE A. LOBÃO SEXO: MASCULINO FEMININO
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF): 040414903-14 ÓRGÃO EMISSOR: SSPDS UF: CE DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1999
 ENDEREÇO: R. JOÃO ALVES RAOCHA
 COMPLEMENTO: SEMINÁRIO BAIRRO: SEMINÁRIO NÚMERO: 678 MUNICÍPIO: CRATO UF: CE
 TIPO DO ENVOLVIDO: CONDUTOR PASSAGEIRO FERIMENTO: ILESO FERIDO LEVE FERIDO GRAVE MORTO
 CICLISTA PEDESTRE USAVA O CINTO: SIM NÃO NÃO INFORMADO
 MOTOCICLISTA NÃO INFORMADO CAPACETE: SIM NÃO NÃO INFORMADO
 OUTRO: REMOVIDO: SIM NÃO VIAJA NO VEÍCULO: Nº 03
 CONDUZIDO (A) PARA: SBC RAIMUNDO

NOME: _____ SEXO: MASCULINO FEMININO
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF): _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ UF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
 ENDEREÇO: _____
 COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ NÚMERO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____
 TIPO DO ENVOLVIDO: CONDUTOR PASSAGEIRO FERIMENTO: ILESO FERIDO LEVE FERIDO GRAVE MORTO
 CICLISTA PEDESTRE USAVA O CINTO: SIM NÃO NÃO INFORMADO
 MOTOCICLISTA NÃO INFORMADO CAPACETE: SIM NÃO NÃO INFORMADO
 OUTRO: _____ REMOVIDO: SIM NÃO VIAJA NO VEÍCULO: Nº _____
 CONDUZIDO (A) PARA: _____

NOME: _____ SEXO: MASCULINO FEMININO
 IDENTIDADE (R.G. OU CPF): _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ UF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
 ENDEREÇO: _____
 COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ NÚMERO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____
 TIPO DO ENVOLVIDO: CONDUTOR PASSAGEIRO FERIMENTO: ILESO FERIDO LEVE FERIDO GRAVE MORTO
 CICLISTA PEDESTRE USAVA O CINTO: SIM NÃO NÃO INFORMADO
 MOTOCICLISTA NÃO INFORMADO CAPACETE: SIM NÃO NÃO INFORMADO
 OUTRO: _____ REMOVIDO: SIM NÃO VIAJA NO VEÍCULO: Nº _____
 CONDUZIDO (A) PARA: _____



DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

AO CHEGARMOS NO LOCAL O MOTOCICLISTA JA HAVIA SIDO REMOVIDO PARA O HOSPITAL. SO ENCONTRAVA-SE NO LOCAL A MOTONETA POP 100 O CARRÃO DE ESTIMA ESTACIONADO, DANIFICADO SOMENTE A TRAVESSA. OS PAIS DO MOTOCICLISTA DISSERAM QUE ARCAVAM C/ O FRETADO DO VEICULO (01).

HISTÓRICO DO AGENTE AO CHEGAR NO LOCAL

VIATURA: Nº 06 HORA AÇIONADO: 1730 HORA CHEGADA: 1735 HORA TÉRMINO: 1820 ASSINATURA DO AGENTE: [assinatura]

IDENTIFICAÇÃO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 8780 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **05/12/2019 11:04:55**

Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2019 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AV JOSÉ ALVES DE FIGUEIREDO, CENTRO - CRATO/CE**

Ponto de Referência: **CEJA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO**

Nascimento: **22/09/1999** CPF: **040.714.903-14**

RG: **20076131836**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **VANESSA SOARES DE ALENCAR ALDEIRTON PAULA LOBÃO**

Endereço: **RUA DIÓGENES FRAZÃO, 223**

Bairro: **SEMINÁRIO**

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL**

CEP: **63.100-000**

Telefone: **(88) 98156-9748**

Noticiante(s)

Nome: **NATÁLIA BEZERRA GONÇALVES**

Nascimento: **31/03/1997** CPF: **031.083.523-26**

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **KEILA BEZERRA GONÇALVES**

DEMONTIE BEZERRA GONÇALVES

Endereço: **RUA DIÓGENES FRAZÃO, 223**

Bairro: **SEMINÁRIO**

Município: **CRATO/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 98156-9748**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMP9095** Uf: **CE** Município: **MARACANAU** Chassi: **9BM384067FB003441** Renavam: **1054055413** Tipo do Veículo: **ONIBUS** Marca / Modelo: **M.BENZ/MPOLO TORINO U** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **DIESEL** Cor: **PRATA** Proprietário: **AUTO VIACAO METROPOLITANA LTDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

2) Placa: **PNR4725** Uf: **CE** Município: **ARACATI** Chassi: **9C2JB0100KR323031** Renavam: **1200874401** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP 110I** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO NUNES CARVALHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

ADVERTIDO das penas previstas nos arts. 171, 299, 339 e 340, todos do CPB, DISSE QUE ENTENDEU BEM AS ADVERTÊNCIAS ANTERIORMENTE

Natália Bezerra Gonçalves



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 8780 / 2019

DITAS; QUE SEU COMPANHEIRO JOSÉ VÍTOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO GUIAVA A MOTO PLACA PNR 4725, QUANDO FOI COLHIDO PELO ÔNIBUS DA VIAMETRO DE PLACA PMP 9095, GUIADO POR FRANCISCO GIOVANE DUARTE DO NASCIMENTO; QUE DEVIDO AO ACIDENTE, SEU COMPANHEIRO TEVE A MÃO ATROPELADA, CAUSANDO GRAVES LESÕES; QUE O MOTORISTA NÃO PRESTOU NENHUM SOCORRO; QUE AO S. CAMILO, PORÉM FOI TRANSFERIDO AO HOSP. S. RAIMUNDO ONDE RECEBEU TRATAMENTO HOSPITALAR; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL, PORÉM FOI CIENTIFICADA DO PRAZO DECADENCIAL DE SEIS MESES PARA REPRESENTAÇÃO CONTRA O PILOTO, PORTANTO AQUI SE ENCERRAM OS TRABALHOS DA POLÍCIA JUDICIÁRIA CIVIL ESTADUAL; QUE CIENTIFICADO DE QUE QUALQUER FRAUDE SERÁ OBJETO DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL. E nada mais, encerrou-se o presente, que vai assinado PELA DECLARANTE e por mim, BEL. PEDRO JORGE ALVES SILVA, ESCRIVÃO de Polícia Civil que o digitei.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO JORGE ALVES SILVA - MAT.: 133991-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Natália Bezerra Gonçalves

VISTO DO DELEGADO(A) :

LOUISE ALINE XAVIER BRAGA PEREIRA - MAT.: 30120329



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: 040.714.903-14 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO 6 - CPF: 040.714.903-14

7 - Profissão: ENTREGADOR 8 - Endereço: RUA JOÃO ALVES ROCHA 9 - Número: CE 10 - Complemento: Nº: 678

11 - Bairro: NOVO CRATO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63-113-080

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (88) 99421-1134

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRAPESCO

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 5366 CONTA: 7736
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a)irascido? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CRATO - CE 17.08.2021

Jose Vitor Soares de Alencar Lobão
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DENAL 2007618183-6

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/11/2017

NOME JOSÉ VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO

FILIAÇÃO ALDEIRTON PAULA LOBÃO VANESSA SOARES DE ALENCAR

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DOC. CRIBEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO-SEDE TERMO: 19657 FOLHA: 100 LIVRO: A

40 BEBERIDE - CE CPF 040.714.903-14

2 VIA

Permissão O Jure ASSINADO DO DETOM LEI Nº 7.116 DE 2006/RS

P. : 6

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



José Vitor Soares de Alencar Lobão

LEI Nº 7.116 DE 2006/RS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:13

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:13



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: 040.714.903-14 4 - Nome completo da vítima: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBÃO 6 - CPF: 040.714.903-14
7 - Profissão: ENTREGADOR 8 - Endereço: RUA JOÃO ALVES ROCHA 9 - Número: CE 10 - Complemento: Nº: 678
11 - Bairro: NOVO CRATO 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63-113-080
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (88) 99421-1134

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BRAPESCO

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5366 CONTA: 7736 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CRATO - CE 17.08.2021

Jose Vitor Soares de Alencar Lobão

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



SÃO CAMILO

Hospital e Maternidade
São Francisco de Assis

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA UNIDADES INTERNAS OU EXTERNAS

NOME: JOSE VITOR SOARES DE A. ROSA
 PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____ DATA DA INTERNAÇÃO: 18/11/19
 MÉDICO: WAZ WAZIANO CONVÊNIO: SUS

UNIDADE DE ORIGEM:	UNIDADE DE DESTINO:
<u>HMSFA - SB SÃO CAMILO</u>	<u>HOSP. SÃO RAIMUNDO</u>

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 18 / 11 / 19 HORA: 17h30min

SINAIS VITAIS:	PA: _____ mmHg	FR: _____ ipm	T: _____ °C	FC: _____ bpm
----------------	----------------	---------------	-------------	---------------

Alergia(s)?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Qual?
Suporte de O ₂ ?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Qual?
Acessos Vasculares?	() NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM Qual? <u>PERIFÉRICO</u>
Sondas?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Qual?
Drenos?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Descreva:
Ostomias?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Descreva:
Lesão de Pele?	() NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM Descreva: <u>MÃO ESQ.</u>
Outros Dispositivos?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Descreva:
Curativos?	() NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM Descreva: <u>MÃO ESQ.</u>
Isolamento?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Descreva:
Familiares Cientes?	() NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM Descreva: <u>NAO</u>
Médico Assistente informado?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Qual o nome do Médico:
Exames Pendentes?	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM Descreva:
Recomendações:	<u>ADOLESCENTE VEM DE PACIENTE MOTOCICLISTA REPRESENTANDO FATOR IMPORTANTE EM REGRA DORSAL DA MÃO ESQ. COM REGÃO DE TENDÃO E ROMPIMENTO DE TENDÕES. SOLICITO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA ?) RELATAM- TIVIAU DE TENDÃO</u>

INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PARA:

[Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

3150027355

DATA ATEND	18/11/2019	Nº ATEND	592076
PACIENTE	JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO	SEXO	MASCULINO
DATA NASC	22/09/1999	IDADE	20
RG	20076131836	CPF	040.714.903-14
MÃE	VANESSA SOARES DE ALENCAR	BAIRRO	SEMINARIO
ENDERECO	RUA JOAO ALVES ROCHA 678 CASA	CEP	63132070
CIDADE	CRATO	UF	CE
TELEFONE 1	88996875987	TELEFONE 2	
PLANO DE SAUDE	BPA SUS	MEDICO	MARCEL DE ALENCAR PITA
		MATRICULA	1705305342925
		TIPO DE ATEND	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA MAIOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 18/11/2019 18:49 Término da Classificação: <B046XXX> 18:50
Classificador.....: MAIRA SILVA DE SAMPAIO Coren: 279315
Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA
GRUPO DE PERGUNTAS: TDLIFE
QUEIXA: FERIMENTO GRAVE NO DORSO DA MÃO ESQ APÓS ACIDENTE DE TRANSITO
ORIGEM: CASA
TIPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO
ENCAMINHAMENTO: DO HSF
P.A.: 120X80 MMHG
GLICEMIA CAPILAR: 1120 MG/DL

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO , APRESENTANDO LESAO ABRASIVA COM GRANDE PERDA DE SUBSTANCIA E TECIDCO COM PERDA DE SUBSTANCIA TENDINOSA ASSOCIADO

EXAME FÍSICO
DOR DEFORMIDADE

EXAMES COMPLEMENTARES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
LESAO EXTENSA DE MAO

CONDUTA
ENCAMINHO AO REGIONAL

DR. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10671 RBOF 12915

Assinatura e Carimbo do Médico

Demarcie Gonçalves da Silva
Ass. Paciente / Responsável

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:33

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
FUNDAÇÃO AFRÂNDO BEZERRA
ATENDIMENTO URGÊNCIA
MARCEL DE ALENCAR PITA
Data: 28/11/19

FICHA DE INTERNAÇÃO
 José Moraes Brito
 Médico
 CRM - 4741

Prontuário 159212
 Internação 592086

Impresso 18/11/2019 20:53

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO Nasc. 22/09/1999 Idade 20 Sexo M

Matricula 705405402928195

Responsável: JOSE VITOR SOARES DE ALENCA

Endereço: RUA JOAO ALVES ROCHA 678 CASA
 Cidade: CRATO
 Mãe: VANESSA SOARES DE ALENCAR
 CPF: 040.714.903-14
 Natural:
 Profissão: ENTREGADOR

Bairro: SEMINARIO Cep: 6313207
 Telefone: 88996875987
 Pai: ALDEIRTON PAULA LOBAO
 RG: 20076131836
 Raça: PARDO
 Est. Civil: SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO
 Clínica: INTERN. CIRURGICA
 Setor: POSTO MASCULINO
 Acomodação: AM05
 Leito: AM5.01

Data/Hora: 18/11/2019 20:44
 Convênio: SUS INTERNADOS
 Caráter: URGENCIA
 Tipo Acomod: ENFERMARIA TRAUMATO
 Atendente: GILVAN

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA -

*Trauma grave mão e
 em acidente de moto*

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AR

ABDÔMEN

NEUROLÓGICO

ECG

AO = RV = RM =

PUPILAS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA -

Desbridamento cirúrgico

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

lesão Exposta mão e

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150024355

TRASNF. P/ MÉDICO

ASSINATURA

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

19/11/2019

Paciente/Responsável

Médico(a): 007304 NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO
CONVÊNIO SUS INTERNADOS
21:07

LEITO AM5.01 ATENDIMENTO 592086
MÉDICO NARCIZO DATA/HORA 18/11/2019

PACIENTE COM TRAUMA GRAVE NA MÃO ESQ, COM PERDA DE TECIDO CUTÂNEO E TENDÍNEO E COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

ININTERNADO PARA LIMPEZA CIRÚRGICA E DEBRIDAMENTO DO TECIDO DESVITALIZADO.

NECESSITA DE AVALIAÇÃO URGENTE DE CIRURGIA PLÁSTICA, PARA AVALIAR E PROVIDENCIAR COBERTURA CUTÂNEA.

NECESSITA D ETRATAMENTO COM CIRRUGIÃO D EMÃO / MICROCIRRURGIÃO PARA PROVIDENCIAR RECONTRUÇÃO DOS TENDÕES EXTENSORES AVULSIONADOS.

Médico(a): NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
CRM:007304-CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO
IDADE...: 20a 1m N° ATENDIMENTO: 592076
MÉDICO...: MARCEL DE ALENCAR PITA

DATA DO RECEITUÁRIO: 18/11/2019

AO HOSPITAL REGIONAL

ENCAMINHO O PACIENTE JOSE VITOR SOARES DE ALENCAR LOBAO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO PERDA DE SUBSTANCIA E TECIDO COM GRANDE PERDA TENDINOSA ASSOCIADA . PACIENTE NECESSITA DE SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE PARA RESOLUÇÃO DO CASO (CIRURGIA PLÁSTICA / CIRURGIA DE MÃO).

Crato, 18 de novembro de 2019

MARCEL DE ALENCAR PITA CRM: 910671-CE-915

Dr. Marcel de Alencar Pita
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 10871 TEOT-CE-915

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
AV. TEODORICO TELES N°99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160
TEL: 088 3523.2600 | www.hsraimundo.com.br

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:33

ASL-0158980/21
alexia.pvital
02/03/2023 11:04:33

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no Hospital São Raimundo são confidenciais e protegidas por legislação vigente, sendo assim, a liberação das cópias de prontuários só serão realizadas com a devida autorização do paciente ou de seu representante legal, sob autorização da lei. Desta forma, o acesso (total ou parcial) a quaisquer informações do prontuário do paciente somente será possível mediante a apresentação de consentimento, por escrito, do paciente ou de seu representante legal. Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, a autorização para acesso às informações do prontuário seguirá a seguinte ordem:

- Representante legal atuante de direito.
- Tutor, no caso de menores.
- Autoridade Judicial ou policial.

Segundo o parecer nº 8/10 do Conselho Federal de Medicina, a liberação do prontuário de paciente falecido só deve ocorrer mediante decisão judicial ou requisição dos Conselhos de Medicina (Federal e Regional). Salvas as exceções descritas, existe outra que decorre do ordenamento jurídico: os representantes legais de pessoas que não têm aptidão para praticar pessoalmente os atos da vida civil, como por exemplo, os pais de um menor da idade. Devem ser apresentados no momento da retirada do documento:

- Se pelo próprio paciente: documento de identificação com foto e assinatura.
- Se por terceiros e paciente lúcido: autorização do paciente, escrita de próprio punho, com firma reconhecida (o portador deve apresentar um documento de identificação com foto).

Os prazos estabelecidos para a entrega do documento solicitado são:

- Cópia integral ou parcial de prontuários: 30 (trinta) dias úteis, contados a partir da data do protocolo do pedido. Se por algum motivo, este prazo não puder ser cumprido será justificado a parte interessada estabelecendo um novo prazo que não ultrapasse os 40 dias (úteis).
- Declarações: 7 (sete) dias úteis.

Casos de extrema urgência, se comprovada, deverão ser submetidos à apreciação da Coordenação do SAME para análise da possibilidade de atendimento em menor prazo.

Os documentos ficarão disponíveis para retirada por 30 (trinta) dias. Após este período, os mesmos serão devolvidos para o SAME.

VALORES - CÓPIA INTEGRAL OU PARCIAL DE PRONTUÁRIOS EM PAPEL: R\$ 0,30 POR PÁGINA.

OBS 01: anexar à requisição cópia de documento que comprove o grau de parentesco indicado, se for o caso.

OBS 02: devido à alta demanda de solicitação de cópias, fornecer o pedido ao cliente mais de uma vez em um período de 03 meses, torna-se inadequável. Portanto, ao receber a cópia do prontuário, atendimento ou exames, antes de enviar para Seguradora ou qualquer que seja o destino, por precaução, queira guardar uma cópia em seu poder.

A solicitação deve ser feita pessoalmente no hospital de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h. O paciente precisa dirigir-se à recepção/ Serviço Social do Hospital. Para outros esclarecimentos, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), responsável pelos prontuários, atenda no telefone: RR 3523.2600.

Na oportunidade, o solicitante não se comprometer, sob as penas da lei, a não divulgar ou dar publicidade as referidas cópias, exceto para fins de solicitações jurídicas.

SOLICITAÇÃO

TIPO:

- CÓPIA INTEGRAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO
 CÓPIA PARCIAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO. QUAL PARTE? _____
 DECLARAÇÃO. QUE TIPO DE DECLARAÇÃO? _____

DESCREVER O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

DADOS DO SOLICITANTE E PACIENTE:

O solicitante é:

- Próprio Paciente Responsável pela Internação do Paciente
 Representante Legal do Paciente Autoridade Judicial ou Policial

Nome Completo do Paciente: Jose Vitor Soares De A. Junior RG: 20076131836

Nome Completo do Solicitante: Dátalia Bezerra Gonçalves RG: 20085053435

Telefone para Contato: 81569748 Período em que o paciente ficou internado no HSR: 18/11/19

Data da Solicitação: 28/11/19 Assinatura do Solicitante: Dátalia Bezerra Gonçalves

Funcionário responsável pela solicitação ao SAME: _____

Data Prevista de Entrega 27/12/19