

Groairas / Vara Única da Comarca Vinculada de Groairas



0000153-12.2018.8.06.0082

JUSTIÇA GRATUITA

Classe : Procedimento Comum
Assunto principal : Seguro
Competência : Cível Interior
Valor da ação : R\$ 0,00
Volume : 1
Requerente : JEFERSON ALVES DE SOUSA
Advogado : Diego Silva Parente (OAB: 24856/CE)
Requerido : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro
DPVAT
Distribuição : Sorteio - 21/11/2018 14:02:44

27/06/19

GHASMIN

Va

Vara única

Tomo: 5137/18

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE CARIRÉ DO EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO CEARÁ



Protocolo: 1336

153-12.2018

AÇÃO ORDINÁRIA
COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT
JUSTIÇA GRATUITA

recebi
08/11/18

JEFFERSON ALVES DE SOUSA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade, 2006031023177, emitida pela SSP CE, inscrito no CPF/MF sob número 040.116.903-09, residente na Rua Princesa Isabel, s/n, Centro, Groaíras/CE, Ceará, vêm, mui respeitosamente, por meio de seus advogados DIEGO SILVA PARENTE, inscrito na OAB/CE sob número 24.856 e JOAQUIM JOCEL DE VASCONCELOS NETO, inscrito na OAB/CE sob número 20.392, ambos com escritório profissional localizado na Rua Estanislau Frota, Nº 340, loja 1, Centro, Sobral, Ceará, CEP 62010-560, Tel. (088) 3611-6210, perante Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em desfavor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Cidade do Rio de Janeiro-RJ, sito à Rua Senador Dantas, nº 76, 3º andar, Bairro Centro, CEP: 20.031-205, pelos fatos e fundamentos seguintes.

DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer o deferimento dos benefícios da justiça gratuita previstos, haja vista que a parte requerente é pobre e não pode arcar com eventuais custas processuais sem prejuízo próprio e de sua família.

DOS FATOS

No dia 30/04/2016, por volta das 00:00 horas, nas mediações da localidade de Jurucutu, próximo à localidade de Malhada Grande, no município de Groaíras-CE, ocorreu um acidente automobilístico envolvendo a moto que o autor pilotava, uma Honda CG 125 FAN de placa HYR 4927, o qual derrapou numa estrada, tendo caído com a cabeça em um toco.

Em decorrência do acidente, o autor sofreu trauma em região ocular direita com avulsão de pálpebra superior direito e diminuição da acuidade visual (CID 10 - I154.4), tendo o autor perdido o globo ocular direito, cf. documento médico em anexo.

No Ano de 2017, autor ingressou com o pedido administrativo para receber os valores decorrentes do pagamento do seguro DPVAT. Ocorre que através da Carta nº 11749944, a promovida comunicou o indeferimento da solicitação autoral em 03/10/2017, cf. documento em anexo.

Merece ser destacado que o autor sofreu em decorrência do acidente invalidez permanente.

Vale dizer que o autor apresentou toda a documentação necessária para análise administrativa da Seguradora demandada, porém, mesmo assim, não obteve êxito no seu intento.

Avocatus - Advogados Associados
Rua Estanislau Frota, 340-LJ 01 - Centro - Sobral - Ceará
CEP - 62010-560 (em frente ao INSS), Fone: 3611-6210 Email - avocatus@live.com



Assim, à luz da negativa indevida do pagamento do seguro DPVAT, conforme a exposição jurídica a seguir, não resta outra saída a não ser a busca do poder Judiciário para que seja o réu condenado, como medida de melhor direito e justiça, à indenizar o requerente, nos termos da lei, pois faz jus ao recebimento do seguro em questão.

DO DIREITO

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório, matéria disciplinada por legislação especial, notadamente o Decreto-lei 73/66 e a Lei 6.194/74, com as modificações introduzidas pela lei 8.441/92.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

Art. 2º Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea "I" nestes termos:

"Art. 20...I. Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não."

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do seguro.

Assim, resta claro que o requerente deverá ser indenizado pelo seguro, como medida de justo direito.

A jurisprudência é pacífica no sentido da procedência do pleito, consoante se percebe dos julgados do Colendo STJ:

CIVIL – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO SEM SEGURO – EVENTO ANTERIOR À LEI Nº 8.441/92 – IRRELEVÂNCIA – RESPONSABILIDADE DE QUALQUER SEGURADORA – PRECEDENTES – RECURSO PROVIDO – Mesmo nos acidentes ocorridos anteriormente à modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92, a falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização. (STJ– RESP 337083 – SP – 4ª T. – Rel. Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira – DJU 18.02.2002 – p. 00459).

CIVIL – SEGURO OBRIGATÓRIO – VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO – ACIDENTE ANTERIOR À MODIFICAÇÃO DA LEI 6.194/74 PELA LEI 8.441/92 – RESPONSABILIDADE DE QUALQUER SEGURADORA – A indenização devida a pessoa vitimada, decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), se não identificado o veículo, pode ser cobrada de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo tendo ocorrido o acidente previamente à modificação da Lei 6.194/74 pela Lei 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras. – Recurso não conhecido. (STJ) – RESP 207630 – ES – 4ª T. – Rel. Min. Cesar Asfor Rocha – DJU 05.03.2001 – p. 00169).

RECURSO ESPECIAL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE IDENTIFICADO – 1. "Qualquer seguradora responde pelo

Avocatus – Advogados Associados
Rua Estanislau Frota, 340-LJ 01 – Centro – Sobral – Ceará
CEP – 62010-560 (em frente ao INSS), Fone: 3611-6210 Email – avocatus@live.com



pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o veículo identificado, tanto que a Lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do responsável o que efetivamente pagou" (RESP nº 68.146/SP, 3ª Turma, da minha relatoria, DJ de 17/08/98). 2. Recurso Especial conhecido e provido. (STJ – RESP 325300 – ES – 3ª T. – Rel. p/o Ac. Min. Carlos Alberto Menezes Direito – DJU 01.07.2002)

Do VALOR

A Lei nº 6.194/1974, no artigo 3º, inciso II, incluído pela Lei nº 11.482, de 2007, diz que o valor do sinistro é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º. No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

§ 2º. Assegura-se à vítima o reembolso, no valor de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), previsto no inciso III do caput deste artigo, de despesas médico-hospitalares, desde que devidamente comprovadas, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado, vedada a cessão de direitos. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

O artigo 7º da lei 6194/74, com a nova redação que lhe foi dada pela lei 8.441/92 determina que o seguro será pago por qualquer das seguradoras conveniadas, independentemente de estar o seguro realizado ou não, vencido ou não.

Apresentados os documentos, não há motivo que justifique a demora ou a negativa da Reclamada em pagar.

Avocatus – Advogados Associados
Rua Eustânislau Frota, 340-LJ 01 – Centro – Sobral – Ceará
CEP – 62010-560 (em frente ao INSS), Fone: 3611-6210 Email – avocatus@live.com

A jurisprudência é pacífica no sentido da procedência do pleito, consoante se percebe dos julgados do Colendo STJ:



CIVIL – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO SEM SEGURO – EVENTO ANTERIOR À LEI Nº 8.441/92 – IRRELEVÂNCIA – RESPONSABILIDADE DE QUALQUER SEGURADORA – PRECEDENTES – RECURSO PROVIDO – Mesmo nos acidentes ocorridos anteriormente à modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92, a falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização. (STJ – RESP 337083 – SP – 4ª T. – Rel. Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira – DJU 18.02.2002 – p. 00459).

CIVIL – SEGURO OBRIGATÓRIO – VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO – ACIDENTE ANTERIOR À MODIFICAÇÃO DA LEI 6.194/74 PELA LEI 8.441/92 – RESPONSABILIDADE DE QUALQUER SEGURADORA – A indenização devida à pessoa vitimada, decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), se não identificado o veículo, pode ser cobrada de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo tendo ocorrido o acidente previamente à modificação da Lei 6.194/74 pela Lei 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras. – Recurso não conhecido. (STJ – RESP 207630 – ES – 4ª T. – Rel. Min. Cesar Asfor Rocha – DJU 05.03.2001 – p. 00169).

Segue abaixo a decisão pretoriana que se espelha no mesmo entendimento:

ACIDENTE DE TRÂNSITO – SEGURO OBRIGATÓRIO – PRÊMIO DE SEGURO NÃO PAGO – IRRELEVÂNCIA PARA O PAGAMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO – CONTRATO REVESTIDO DE CARÁTER SOCIAL – INTELIGÊNCIA DO ART. 7º DA LEI Nº 6194/74 POSTERIORMENTE ALTERADA PELA LEI Nº 8441/92 – INCONSTITUCIONALIDADE DO PRECEITO NÃO RECONHECIDA – O recebimento do seguro obrigatório é devido, mesmo inexistindo pagamento do prêmio correspondente, posto tratar-se de contrato revestido de caráter social. A inconstitucionalidade do art. 7º da Lei nº 6194/74 posteriormente alterada pela Lei nº 8441/92, segundo precedentes do STJ (RESP. 68146/SP – Rel. Min. Carlos Alberto Menezes de Direito), não procede. (TAMG – AC 0283298-0 – 4ª C.Civ. – Rel. p/o AC Juiz Cláudio Costa – J. 30.06.199)

Não sendo o bastante, relativamente ao valor devido, dispõe a Lei nº 6.194/1974, no artigo 3º, inciso II, incluído pela Lei nº 11.482, de 2007, diz que o valor do sinistro é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Assim sendo, pelo que se depreende, a parte autora tem direito ao valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), visto que há comprovação do liame que une a seguradora e o segurado obrigatório; também porque há comprovação da falta de quitação do efetivo pagamento pelo réu do valor total ora pleiteado; ainda porque está comprovada a incapacidade da parte autora, conforme atestados e exames que seguem anexos, sendo devido a pagamento do Seguro DPVAT que fala a lei.

Cumpra destacar que o recorrido juntou aos autos documentação bastante a fazer prova de todo o alegado. Sendo assim, cumpre reconhecer que o autor logrou êxito em demonstrar os fatos constitutivos de seu direito, notadamente a correlação do acidente de trânsito com as lesões sofridas.

DAS PROVAS

Avocatus – Advogados Associados
Rua Estanislau Frota, 340-LJ 01 – Centro – Sobral – Ceará
CEP – 62010-560 (em frente ao INSS), Fone: 3611-6210 Email – avocatus@live.com



Protesta provar o alegado por todas as provas admitidas em direito, especialmente pelos documentos acostados à inicial, bem como pela oitiva de testemunhas que serão arroladas oportunamente e a perícia judicial a ser designada.

DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer de Vossa Excelência o seguinte:

1. O deferimento do pedido de justiça gratuita;
2. A citação do réu, via postal, para que tome ciência desta demanda e, na data designada, compareça à audiência de conciliação/mediação;
3. Caso seja ofertada defesa à presente demanda, deve a seguradora demandada fazê-lo acompanhado do processo administrativo pertinente, afim de que possa ser evidenciado que o autor requereu administrativamente o seguro, bem como juntou a documentação necessária para concessão do seguro pleiteado;
4. O reconhecimento da tempestividade, bem como a PROCEDÊNCIA total desta demanda, condenando-se o réu a pagar ao demandante a indenização do seguro obrigatório DPVAT, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devidamente corrigido e acrescido de juros de mora a partir da citação;
5. Seja o demandado condenado ainda ao pagamento de custas e honorários advocatícios, estes no percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.
6. A produção das provas citadas;

Dá à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Cariré/CE, 5 de novembro de 2018.

Nestes termos,
Pede deferimento.

JOAQUIM JOCEL DE VASCONCELOS NETO
OAB/CE 20.392


DIEGO SILVA PARENTE
OAB/CE 24.856

Avocatus – Advogados Associados
Rua Estanislau Frota, 340-LJ 01 – Centro – Sobral – Ceará
CEP – 62010-560 (em frente ao INSS), Fone: 3611-6210 Email – avocatus@live.com



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Jefferson Alves de Sousa, brasileiro, solteiro, agri-
cultor, inscrito sob o RG nº 7006031023177, emitido pelo
SSP/CE, CPF 040.116.903-09, residente na Rua Princesa Isa-
bel, s/n, Centro, Groaçiras - CE

pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores JOAQUIM JOCEL DE VASCONCELOS NETO, advogado inscrito na OAB/CE sob número 20.392, DIEGO SILVA PARENTE, advogado inscrito na OAB/CE sob número 24.856, com escritório profissional localizado na Rua Estanislau Frota, Nº 340, Loja 1, centro, Sobral, Ceará, CEP 62.100-000 – Tel. (088) 3611-6210, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia, em qualquer Juízo, Instância, Órgão, Poder Constituído ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para, receber citações e/ou intimações, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber RPV e/ou precatório, propor Execução, requerer Falência, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos representando ainda os outorgantes, para o fim do disposto nos artigos n.ºs 358 e 359 do Código de Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Sobral/CE, 05 de novembro de 2018.

Jefferson Alves de Sousa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Jefferson Alves de Sousa, brasileiro, solteiro, agricul-
tor, RG nº 2006031023177 - SSPCE, CPF nº 010.116
903-09, residente na Rua Princesa Isabel, s/n, Centro,
Groaíras - CE

DECLARA, nos termos dos artigos nºs 98 à 102 do Código de Processo Civil, que dispõe sobre a prova documental para todos os fins de direito, inclusive para fazer prova junto a esse Juízo, que é pobre, na forma da lei, não podendo arcar com custas e emolumentos judiciais, sem prejuízo de seu sustento e de seus familiares, pelo que assumo inteira responsabilidade, sob as penas da lei, pela presente declaração.

Sobral/CE. 05 de novembro de 2018.

Jefferson ali de Sousa

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13-1

PO. 1045 DIREITO

Jefferson Alves de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número da inscrição
040.116.903-09

Nome
JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Nascimento
09/02/1989

040.116.903-09



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006031023177 DATA DE EXPIRAÇÃO 21/3/2006

NOME JEFFERSON ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO VALDECI CARNEIRO SOUSA E LINDEI E ALVES ROCHA

NATURALIDADE GROAIRAS-CE DATA DE NASCIMENTO 9/2/1989

DOC ORIGEM CERT. NASC. 5812 L A 6 F

174 GROAIRAS-CE

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 116 DE 2006/03



Nº de Inscrição:

59823437

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Obras

DADOS DO CLIENTE

Nome: LINDETE ALVES ROCHA
End. Leitura: RU PSA ISABEL, SN, CENTRO
Cidade: GROAIRAS
End. Entrega:
Cidade:
Local: 136 Setor: 001 Quadra: 102 Lote: 0247
Subsetor: Subquadra:

CEP: 62.190-000

CEP: 80.000-000

Comp: 0000

LINHAG - GROAIRAS

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A10F046058	914	925	11	5

DATAS

Leitura Atual: 26/05/2016 Emissão: 23/06/2016 Laore Água: A10F046058
Leitura Anterior: 25/04/2016 Próxima Leitura: 25/06/2016 Laore Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2016

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analisadas	15	15	5	15	15
Em conformidade	15	3	0	15	15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE, ÁGUA TRATADA E SAÚDE.
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	22,94		0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
		03/2016	6	0
		04/2016	6	0
		05/2016	9	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,22
COFINS	1,09

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	41,89
Subsidio(-)	18,75
Total do Serviço	22,94

MÊS/ANO
06/2016VENCIMENTO
06/07/2016TOTAL A PAGAR (R\$)
22,94

AT CLIENTE_201605_21 FIC

FORMA DE PAGAMENTO

Exemplos: Probitax, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Cielo, Easypay, Fielix, Santander, Transultra, Outros: PagFacil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua agência. Ative seu cartão de crédito e aproveite a facilidade.

QUANTO AO ESTADO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO



INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2017

Carta nº: 10788729

A/C: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170189622 ASL-0130269/17

Vítima: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Data Acidente: 30/04/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Faq: 01563-01230 - Carta_01



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2017

Carta nº: 10789243

A/C: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Lider: 3170189622 ASI-0130269/17
Vítima: JEFFERSON ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 28/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 30/04/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório

Pag. 018756-576 - carta 03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170189622 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JEFFERSON ALVES DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JEFFERSON ALVES DE SOUSA

CPF/CNPJ: 04011690309

Posição em 02-07-2017 19:10:34

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
☒ Comprovação de ato declaratório	Vítima	Pendente	
☒ Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	JEFFERSON ALVES DE SOUSA

ATENÇÃO - Clique aqui se o documento pendente for a comprovação de ato declaratório

Qualquer um dos documentos abaixo podem ser apresentados como comprovação de ato declaratório:

Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, ou

Atendimento pela Polícia Militar, ou

Atendimento pela Polícia Civil, ou

Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou

Atendimento e/ou remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares, ou

Remoção pelo SAMU, ou

Remoção pela Defesa Civil, ou

Inquérito Policial, ou

Aviso de sinistro em seguradora do ramo auto ou

Outro documento que evidencie que o acidente relatado no B.O. por ato declaratório de fato ocorreu na data/local informado.

ATENÇÃO: Os documentos acima, inclusive os emitidos pela rede de atendimento médico-hospitalar, deverão ser produzidos imediatamente após o acidente e permitir a comprovação do nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões.



ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

9 8150 8127

Joffersonsara@yahoo.com

senka: 2694912

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2017

Carta nº 11749944

a/c: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Sinistro: 3170189622 ASL-0130269/17
Vítima: JEFFERSON ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0052509626 - carta_16





DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA LÍDER



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 2582 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2016 09:38:34**
Data / Hora da Ocorrência: **30/04/2016 00:00:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA JACURUTU**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **GROAIRAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEFFERSON ALVES DE SOUSA**
Nascimento: **09/02/1989** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **LINDETE ALVES ROCHA**
VALDECI CARNEIRO SOUSA
Endereço: **RUA PRINCESA ISABEL, 2200**
Bairro: **COHAB** CEP:
Município: **GROAIRAS/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa o declarante que no dia 30 de abril deste ano, por volta das 00h, dirigia a motocicleta Honda CG 125 FAN de placa HYR4927 da localidade de Malhada Grande para sua casa que fica no município de Groairas, quando ao passar pela localidade de Jucurutu, derrapou a motocicleta em uma curva, eis que se tratava de uma estrada de terra, e acabou caindo a cabeça em um toco. Em consequência sofreu perda da visão direita. O Declarante confirma que não é habilitado para dirigir veículo automotor e que havia bebido umas duas cervejas em Malhada Grande antes de iniciar sua viagem a Groairas. A moto é do pai do declarante.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE WILKENS ARCANJO ARAUJO - MAT.: 134014-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jefferson Alves de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ FERNANDES VIEIRA JUNIOR - MAT.: 198405-1-4

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

Atendimento: 4486406 | **Paciente:** 875954 - JEFERSON ALVES DE SOUSA
Data e Hora do Acolhimento: 30/04/2016 01:54:22

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO

TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

paciente 27 anos vítima de queda de moto sem uso do capacete apresentando lesão em olho direito mais trauma hábito etílico aspecto sonolento.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 120/90, **Nº Pulso:** 80, **Nº Freq. Resp:** , **DX:** , **Temperatura:**

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico

☐ Queda? Descrição da Queda:

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:

☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto

☐ Moto ☐ Utilizava Capacete

☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:

☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

PACIENTE FOIM ATENDIDO EM OUTRO HORARIO NO PLANTAO ANTERIOR

Exame Físico:

PACIENTE FOIM ATENDIDO EM OUTRO HORARIO NO PLANTAO ANTERIOR

Destino do Atendimento: OUTROS

ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA - CRM.: 14100

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Alves de Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 09/02/1999

Ocupação: _____

Endereço: Rua do Jacaré

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Pte. em fase de queda de auto

ombriçada, sem caxeretes,

Resultado de Exames: apresentando lesões terminais e

hematoma em volta D,

Conduta já realizada: Necessita avaliação

medica

Impressão Diagnóstica _____

Alexandro A. de Jesus Alves
Secretário Adjunto de Saúde

CPF: 695.266.863-53

Portaria: 21/2013

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro 97674

Função _____

Data 30/09/16

Hora 00:45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: SCMS

Data: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta / /

Resultado: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 4488957 DT. ATEND.: 1/5/2016 - 17:48

PAZEL.: 079754 NASCIMENTO.: 9/2/1989

NOME.: JEFERSON ALVES DE SOUSA

SEX.: MASC

CPF.: 000.000.000

RG.: 000000000

END.: COVA

BAIRRO: CENTRO

- CIDADE: SOBRAL

-CE- CEP: 62190000



QP:

HDA:

Paciente vítima
de acidente de
trânsito, colisão
com poste de energia

EXAME FÍSICO:

REG;

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Politraumático

CONDUTA:

Internamento

DIAGNÓSTICO FINAL:

Plano cirúrgico na face

DATA: 01.05.16

Assinatura

Dr. Bruno Medeiros
MÉDICO
Rec. 14.100

COD. 125

ATA

mônitos após aplicação da vancomicina
sem outras queixas.

Ex- Iuro:

- REG, local, hidratado, normocrado.
- ACP: fisiológica.
- Abol.: inocente.
- Excr.: lesão em pele.

Col.: 1. Ap. aval. da cir. plástica.

2. Escaleno vancomicina para oxacilina
pois o pete apresentou alergia a vanco-
micina.

10/5

Holant após a res
Bout 2

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC-5430

Santa Casa de M. de Belém
SAUE
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

05/05

CONTINUE com próximo exame
e exame em foto ocula do
inferior que não tem Achillex
Vine

João Roberto Moraes do
A Ricardo Zucchi

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC-5430



EVOLUÇÃO

OUTRAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS



NOME: Jefferson Alves de Sousa

Nº PRONTUÁRIO 815754

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:



DATA

01/05/16

admissão

Dr. Bruno Medeiros
MÉDICO
CRM: 10000

01/05/2016
09h05

Paciente politraumatizado - evoluindo com o ferimento.

ferimento 14, um defeito profundo evidente, localização na região vulvar.

TC de crânio: pequena fratura linear na região frontal direita com pequeno enfalco associado.

Cx: - Politraumático

- Início antiembólicos

ATB: Rofoxin 1g EV 12/12h

por 7 dias. Vancomicina 500mg EV 6/6h

- Parar da Cirurgia Plástica

[Signature]

Dr. Paulo Roberto Lacerda Leão
NEUROCIRURGO
CRM: 21000

Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. M. M. P. F. P.
COORDENADORA

02/05/16

Evolução Médica

Jefferson, 27a, 2º BH por:

- Politrauma -> TCE. (29/04/16).

Em uso de: - Rofoxin 22/12

- Vancomicina 22/12.

Parâmetros

PA = 160x100 / DX = 113 / T = 36.5°C

Paciente segue estável, apresenta melhora da coloração em órbita D. Acuteu disto. Buacua-
ções musculares da mandíbula. Examinando

DATA



06/5

Canção em homenagem a
João

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

11/5

Canção

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

8/5

Canção em homenagem a

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

Agradeço aos presentes
pela

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

Santa Casa de M. do Sobral
SAÚDE
CONFERTE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:



NOME:

Jefferson Alves de Sousa

Nº PRONTUÁRIO 815571

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

30/03/16

Admissão.

Dr. Bruno Medeiros
MÉDICO
CRM: 14.100

30/04/16

Evolução Médica

Jefferson Alves de Sousa 27 anos, 1º dia na observação por acidente de moto, paciente encontra-se aborrecido.

Medicações: Sintomáticos + Complexo B.

Parâmetros: FC: 80 FR: 21 PA: 120x80

Evolução: Paciente não colaborativo, apresentando certo grau de agitação, encontrando-se em grande angústia, foi solicitado a sua retirada.

Restrito ao leito por contenção feita pela equipe de enfermagem. Foi solicitado a retirada da contenção. Paciente Glasgow 15, orientado, normoventilado, arar.

Paciente apresenta lesão em globo ocular direito, com hemorragia.

ACV: RCR em QT DNE 5/5

AP: MVG SRA FR 21

ABD: Flácido, RHA +, SUG 6

Ext: ppp, normodermis.

Conduta: (1) Aguardar TC de crânio e avaliação da neuro

(2) Liberação Geral

Dr. Bruno Medeiros
MÉDICO
CRM: 14.100

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFECHE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Amo

30/4/2016

18h41

Paciente vítima de TE evoluindo com afasia.

Glasgow 15, sem déficit fecal.

TE de cabeça: pequena contusão frontal D sem efeito de massa com pequeno efeito focal.

Dr. Paulo Roberto Lacerda Leão
MÉDICO
CRM: 14.100

- Anestesia geral para sutura
- Manuseio limpo
- Observação neurológica 12h



Examine:
Tuberculin Aves

RECEIVED
MAY 27
1964

BALANÇO HÍDRICO - EMERGÊNCIA

Perko:

Environ Biol Fish (2015) 98:1105

FROM THE

4486957

Date: 02/05/16

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/ NOTAS DE OCORRÊNCIAS

COPIENCAPIBIO

MAIN

[illegible]

CONFIDENTIAL FROM BIC

TRADE

[illegible]

CONCLUSION

NOTES

CONFIDENTIAL

WED.	DICT	WIC2	BIC3	BIC4	BIC5	BIC6
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
1						
2						
3						
4						



4186857

Data:	02/05/16
PRESCRIÇÃO MEDICA	
HORARIO	
OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM	
SINAIS VITAIS	
PS	P
HR	PR
TEMP	

[illegible]

SINAIS VITAIS				
HORA	TEMP	PR	P	FR
08:03				
08:07				
USO O ₂ e AR COMP.				
	U ₂	DESL	COMP	
08:10	18.0			
08:15	18.0			
08:20	18.0			
08:25	18.0			
08:30	18.0			
08:35	18.0			
08:40	18.0			
08:45	18.0			
08:50	18.0			
08:55	18.0			
09:00	18.0			
09:05	18.0			
09:10	18.0			
09:15	18.0			
09:20	18.0			
09:25	18.0			
09:30	18.0			
09:35	18.0			
09:40	18.0			
09:45	18.0			
09:50	18.0			
09:55	18.0			
10:00	18.0			
10:05	18.0			
10:10	18.0			
10:15	18.0			
10:20	18.0			
10:25	18.0			
10:30	18.0			
10:35	18.0			
10:40	18.0			
10:45	18.0			
10:50	18.0			
10:55	18.0			
11:00	18.0			
11:05	18.0			
11:10	18.0			
11:15	18.0			
11:20	18.0			
11:25	18.0			
11:30	18.0			
11:35	18.0			
11:40	18.0			
11:45	18.0			
11:50	18.0			
11:55	18.0			
12:00	18.0			
12:05	18.0			
12:10	18.0			
12:15	18.0			
12:20	18.0			
12:25	18.0			
12:30	18.0			
12:35	18.0			
12:40	18.0			
12:45	18.0			
12:50	18.0			
12:55	18.0			
13:00	18.0			
13:05	18.0			
13:10	18.0			
13:15	18.0			
13:20	18.0			
13:25	18.0			
13:30	18.0			
13:35	18.0			
13:40	18.0			
13:45	18.0			
13:50	18.0			
13:55	18.0			
14:00	18.0			
14:05	18.0			
14:10	18.0			
14:15	18.0			
14:20	18.0			
14:25	18.0			
14:30	18.0			
14:35	18.0			
14:40	18.0			
14:45	18.0			
14:50	18.0			
14:55	18.0			
15:00	18.0			
15:05	18.0			
15:10	18.0			
15:15	18.0			
15:20	18.0			
15:25	18.0			
15:30	18.0			
15:35	18.0			



BALANÇO HÍDRICO - EMERGÊNCIA

CONCLUSIONS

11

44 86 406

Date: 02, Feb, 19

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/ NOTAS DE OCORRÊNCIAS

	BC01	BC02	BC03	BC04	BC05	BC06
ME01						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
1						
2						
3						

MANHA 0400 - adm - item - 03, 04 - Lux 03:20:00
07:00 presente colando envelopes, quebradiçaria,
envelopes com orelha laranja, amarela,
de diferentes cores, com quadradinhos de 10, 20, 30,
40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150,
160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250,
260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350,
360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450,
460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550,
560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650,
660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750,
760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850,
860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950,
960, 970, 980, 990, 1000, 1010, 1020, 1030, 1040,
1050, 1060, 1070, 1080, 1090, 1100, 1110, 1120,
1130, 1140, 1150, 1160, 1170, 1180, 1190, 1200,
1210, 1220, 1230, 1240, 1250, 1260, 1270, 1280,
1290, 1300, 1310, 1320, 1330, 1340, 1350, 1360,
1370, 1380, 1390, 1400, 1410, 1420, 1430, 1440,
1450, 1460, 1470, 1480, 1490, 1500, 1510, 1520,
1530, 1540, 1550, 1560, 1570, 1580, 1590, 1600,
1610, 1620, 1630, 1640, 1650, 1660, 1670, 1680,
1690, 1700, 1710, 1720, 1730, 1740, 1750, 1760,
1770, 1780, 1790, 1800, 1810, 1820, 1830, 1840,
1850, 1860, 1870, 1880, 1890, 1900, 1910, 1920,
1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000,
2010, 2020, 2030, 2040, 2050, 2060, 2070, 2080,
2090, 2100, 2110, 2120, 2130, 2140, 2150, 2160,
2170, 2180, 2190, 2200, 2210, 2220, 2230, 2240,
2250, 2260, 2270, 2280, 2290, 2300, 2310, 2320,
2330, 2340, 2350, 2360, 2370, 2380, 2390, 2400,
2410, 2420, 2430, 2440, 2450, 2460, 2470, 2480,
2490, 2500, 2510, 2520, 2530, 2540, 2550, 2560,
2570, 2580, 2590, 2600, 2610, 2620, 2630, 2640,
2650, 2660, 2670, 2680, 2690, 2700, 2710, 2720,
2730, 2740, 2750, 2760, 2770, 2780, 2790, 2800,
2810, 2820, 2830, 2840, 2850, 2860, 2870, 2880,
2890, 2900, 2910, 2920, 2930, 2940, 2950, 2960,
2970, 2980, 2990, 3000, 3010, 3020, 3030, 3040,
3050, 3060, 3070, 3080, 3090, 3100, 3110, 3120,
3130, 3140, 3150, 3160, 3170, 3180, 3190, 3200,
3210, 3220, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280,
3290, 3300, 3310, 3320, 3330, 3340, 3350, 3360,
3370, 3380, 3390, 3400, 3410, 3420, 3430, 3440,
3450, 3460, 3470, 3480, 3490, 3500, 3510, 3520,
3530, 3540, 3550, 3560, 3570, 3580, 3590, 3600,
3610, 3620, 3630, 3640, 3650, 3660, 3670, 3680,
3690, 3700, 3710, 3720, 3730, 3740, 3750, 3760,
3770, 3780, 3790, 3800, 3810, 3820, 3830, 3840,
3850, 3860, 3870, 3880, 3890, 3900, 3910, 3920,
3930, 3940, 3950, 3960, 3970, 3980, 3990, 4000,
4010, 4020, 4030, 4040, 4050, 4060, 4070, 4080,
4090, 4100, 4110, 4120, 4130, 4140, 4150, 4160,
4170, 4180, 4190, 4200, 4210, 4220, 4230, 4240,
4250, 4260, 4270, 4280, 4290, 4300, 4310, 4320,
4330, 4340, 4350, 4360, 4370, 4380, 4390, 4400,
4410, 4420, 4430, 4440, 4450, 4460, 4470, 4480,
4490, 4500, 4510, 4520, 4530, 4540, 4550, 4560,
4570, 4580, 4590, 4600, 4610, 4620, 4630, 4640,
4650, 4660, 4670, 4680, 4690, 4700, 4710, 4720,
4730, 4740, 4750, 4760, 4770, 4780, 4790, 4800,
4810, 4820, 4830, 4840, 4850, 4860, 4870, 4880,
4890, 4900, 4910, 4920, 4930, 4940, 4950, 4960,
4970, 4980, 4990, 5000, 5010, 5020, 5030, 5040,
5050, 5060, 5070, 5080, 5090, 5100, 5110, 5120,
5130, 5140, 5150, 5160, 5170, 5180, 5190, 5200,
5210, 5220, 5230, 5240, 5250, 5260, 5270, 5280,
5290, 5300, 5310, 5320, 5330, 5340, 5350, 5360,
5370, 5380, 5390, 5400, 5410, 5420, 5430, 5440,
5450, 5460, 5470, 5480, 5490, 5500, 5510, 5520,
5530, 5540, 5550, 5560, 5570, 5580, 5590, 5600,
5610, 5620, 5630, 5640, 5650, 5660, 5670, 5680,
5690, 5700, 5710, 5720, 5730, 5740, 5750, 5760,
5770, 5780, 5790, 5800, 5810, 5820, 5830, 5840,
5850, 5860, 5870, 5880, 5890, 5900, 5910, 5920,
5930, 5940, 5950, 5960, 5970, 5980, 5990, 6000,
6010, 6020, 6030, 6040, 6050, 6060, 6070, 6080,
6090, 6100, 6110, 6120, 6130, 6140, 6150, 6160,
6170, 6180, 6190, 6200, 6210, 6220, 6230, 6240,
6250, 6260, 6270, 6280, 6290, 6300, 6310, 6320,
6330, 6340, 6350, 6360, 6370, 6380, 6390, 6400,
6410, 6420, 6430, 6440, 6450, 6460, 6470, 6480,
6490, 6500, 6510, 6520, 6530, 6540, 6550, 6560,
6570, 6580, 6590, 6600, 6610, 6620, 6630, 6640,
6650, 6660, 6670, 6680, 6690, 6700, 6710, 6720,
6730, 6740, 6

CONFES. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Analisado e aprovado para a publicação
CONFES. COM O ORIGINAL
CONFES. COM O ORIGINAL
CONFES. COM O ORIGINAL

TARDE

CORRENCIAROMIA

[illegible]

NOTE

CORENCA RIMB

[illegible]

RESUMO DO ATO CIRURGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)



RESUMO
OCCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

- Inicialmente
obtem-se a anest. e pela fístula
cer. fac. a Alex. e faz
incisão de 2 cm. a
aprox. 1/2 cm. de cada
parte

- continuação

Cirurgião

Antônio Agostinho Moura

Médico

CREMOM: 5430

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Santa Casa de M. de São Paulo
CONFERE COM O ORIGINAL
ANDRÉA R. MONTENEGRO PORTO
COORDENADORA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 99 - Sobral-CE.
Boletim de Cirurgia
19700-000 (Sobral-CE)

NOME DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO:

61 MATERIAL DE SALA

TIPO CALIBRE (espessura)

QUANT.

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG.

QUANT.

VIA

Nº DA AIIH

CIRURGIA

REG.:

CÓDIGO CID

CONVERSÃO CATEGORIA DETALHES

CÓDIGO SSM

1. PEQUENA 4. SIAUUT.
2. MÉDIA 5. MUI. T
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDARIA

INÍCIO

TÉRMINO

DURAÇÃO

DIA

MÊS

ANO

DIA ÚTIL

Sim

Não

Budapeste local

Atividade

Ricardo Régis A. Mont'Alvares
Médico Anestesiologista
CREMEC-44521

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
19700-000
CONEXÃO COM O ORIGINAL
R. MONT'ALVARES
COORDENADOR

74 OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉRMINO HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

CREMEC: 5450

CIENDE - (08) 201131

164782

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencha esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Oliveira de Sousa

Prontuário N° _____

Sexo: ☒ M ☐ FData de Nascimento: 09/02/89

Ocupação: _____

Endereço: Rua do Jacuiter

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de queda de moto,Resultado de Exames: embriagada, sem cinto de segurança,
apresentando disenteria e
hematoma em olho D,Conduta já realizada: Necessita avaliação
médica

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro 97654Função EnfData 30/09/16

Alexsandro Lourenço Alves
Secretário Adjunto de Saúde
CPF: 655.766.863-53
Portaria: 21/2013
Hora: 00:45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐Hospitalar ☐Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: SCM.SData: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: SCMMunicípio: SobralProntuário N° 875954Alta 08/05/16

Resultado: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames: Paciente em fase

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

Proposta de Conduta para seguimento: Exente de pteO problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☐O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☐

Antonio Agostinho Moura
Médico

Assinatura do Consultante - N° Registro 97654

Função _____

Data / /

(*) Utilizar também como resumo do alto



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

267135



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

30211114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

30211114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ATEN.: 4436957 DT. ATEND.: 1/5/2016 - 17:48

MATRI.: 875954 NASCIMENTO.: 9/2/1989

NOME.: JEFERSON ALVES DE SOUSA

PAI.: MARIA

CPF.:

CNS: SUSFACIL:

ENDER.: CONAB

BAIRRO: CENTRO

- CIDADE:

-CE- CEP: 62190000

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

12 - RAÇA/COR

13 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com quadro de queda de peso, melhora com politerapia.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Politerapia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intensificação

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - N° DO DOCUMENTO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

55 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

56 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

57 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

58 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

59 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

60 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - () ACIDENTE COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

40 - Nº DO FILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CNPJ EMPRESA

45 - CNPJ EMPRESA

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNPJ EMPRESA

48 - CNPJ EMPRESA

49 - CNPJ EMPRESA

50 - CNPJ EMPRESA

51 - CNPJ EMPRESA

52 - CNPJ EMPRESA

53 - CNPJ EMPRESA

54 - CNPJ EMPRESA

55 - CNPJ EMPRESA

56 - CNPJ EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº da AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNES

() CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Cristiano Araújo Costa

CRM: 6601

CPF: 404.225.428-34

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.372

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 875954
Paciente...: JEFERSON ALVES DE SOUSA
Sexo...: MASCULINO
Dt. Nasc...: 9/2/1989
Mãe...: MARIA
Pai...:
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: COHAB
Bairro...: CENTRO
Cidade...: GRACIARAS
Fone...: 989695114
CPF...:
Idade...: 27a 2m 21d
Cor...: PARDA
CNS...:
Nº...:
CEP...: 62190-000
UF...: CE



DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4486957
Data...: 01/05/2016
Procedimento...: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Médico...: ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA
Unidade Int...: UI EMERGENCIA - ADULTA
Leito...: LEITOEX4-EMERGENCIAADULTA
Convênio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...:
Atendente...: FRANCO PAULO
Hora...: 17:48
Permanência...: 0 Dias

1-2

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Página: 1/1

MS2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Emitido por: LEDA COSTA

Em: 09/05/2016 10:33

Atendimento: 4486957

Dt. Atendimento: 01/05/2016 - 17:48

Data Alta: 09/05/2016

Hora Alta: 23:50

Paciente...: 875954 JEFERSON ALVES DE SOUSA



Serviço: 6 CIRURGIA PLASTICA REPA Convênio: 1 SUS - SIH
Leito...: 545 LEITO 1124 - ONCOLOGIA Plano...: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 91 PERMANENCIA POR REDEFINIR Usuario: LEDA COSTA
CID: 192 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Procedimento de Alta: 41503001 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Observação de Alta:

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, VALNECI CARNEIRO SOUSA

RG nº 113254-80, data de expedição 13/09/1980

Órgão SSP-G, portador do CPF nº 656.504.843-68 com

domicílio na cidade de GOIÂNIA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PRINCESA ISABEL, nº SN

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JEFFERSON ALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

A VÍTIMA

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: HYR 4927

Chassi: 9C2JC30708R730030

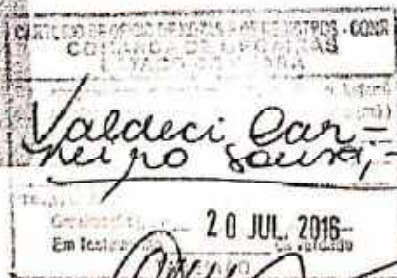
Data do Acidente: 30-05-2016

Local e Data: GOIÂNIA 30.07.2016

X Valdeci Carneiro Sousa
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



20 JUL 2016

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Dias de Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 09/02/89

Ocupação: _____

Endereço: Rua do Jacuete

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Bebe vítima de queda de moto,

embriagada, sem capacete,

Resultado de Exames: apresentando desorientação e

hematoma em olho d,

Necessita avaliação

Conduta já realizada: médica

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro 97654

Enfo
Função

30, 09, 16
Data

Alexsandro Albuquerque Alves
Secretário Adjunto de Saúde
CPF 655.266.863-53
Portaria: 21/2013
Hora: 00:45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: SCMS

Data: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: SCM

Município: Sobral

Prontuário Nº 875954

Alta DR 105/16

Resultado: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

1 foto anexada por fax

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

Santa Casa de S. M. de Sobral
COORDENADOR
CONFERIR COM O ORIGINAL
Andréia B. Montenegro Pontes
COORDENADORA

Proposta de Conduta para seguimento

Exercent al pto

O problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☐

Antonio Agostinho Moura

Médico

Assinatura do Consultante - Nº Registro 5730

Função

Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou atendimento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.



Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Alves de Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 09/02/89

Ocupação: _____

Endereço: Casa da frente

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Sete semanas de queda de peso,

emagrecida, sem cãibras,

Resultado de Exames: exame físico normal e

hemograma em volta D.

Conduta já realizada: Necessita avaliação

unidade

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro 97624

Função _____

Data 30/09/16

Hora 00:45

Alexandro Alves
Secretário Adjunto de Saúde
CPF: 655.266.863-53
Portaria: 21/2013

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: SCMS

Data: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta / /

Resultado: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
16.02.2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 10.37.11

TERMO DE RECEBIMENTO E RESPONSABILIDADE
DO CARTÃO

CLIENTE: JEFFERSON A SOUSA
CARTÃO: 40017859***9147 ELECTRON - BB VISA ELEC

Confirmo que o cartão está em meu poder, cuja
emissão foi por mim autorizada. Estou ciente de
minha única, exclusiva e integral responsabili-
dade pela guarda e uso do cartão.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Banco Postal



*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 12301671-AC GRANAIRAS
Terminal: 99358208 Id Tex: 2871
Nro Aut: 104856 Caixa: 81800916
Data: 21/10/2016 Hora: 10:48
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757802282

0084

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 8171-X CONTA: 1.104-5
CLIENTE: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
Saldo Anterior		0,00C
21/10/2016		
Deposito Online	820092	10,00C
S A L D O		10,00C

Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/11/2016
IDF *	0,00
Data de Debito de IDF	01/11/2016

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

SALDO EM CONTA-SALARIO	0,00C
Linhas de Crédito	Crédito*
Financiamentos de Bens/Services	
BB Crd Veiculo/Leasing	4.040,00

*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores ofertas para você e estão sujeitas a confirmação no momento da contratação.

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JEFFERSON ALVES DE SOUZA,

RG nº 2006031023177, data de expedição 21/03/2006 Órgão SSP-CE

CPF nº 040.116.903-09, 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 PRINCESSA ISABEL</u>
Número	<u>2200</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>COHAB</u>
Cidade	<u>ITROAINDA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62.190-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 988119817</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Jefferson Alves de Souza



CAIXA		PIS	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL	
Número de Identificação do Trabalhador		CAD. ANTERIOR	
160.50019.05-4			
Nome do trabalhador			
JEFFERSON ALVES DE SOUSA			
Nome de mãe			
LINDETE ALVES ROCHA			
Data de nascimento	Carteira de Trabalho Número	UF	Código banco/agência
09/02/1989	0025045	00061 RJ	104/4062-2
Endereço da agência			
R. HADDOCK LOBO		Nº 407 /	
CNPJ/CEI DO EMPREGADOR		Data do cadastramento	
01267454/0001-95		05/06/2007	



TERMO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
DO CARTAO

CONTINUAÇÃO DO DOCUMENTO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
DO CARTAO

Confirme que recebeu o documento e que o mesmo está em conformidade com o emitido pelo Banco do Brasil. Este documento é emitido em uma única via, sem necessidade de duplicata.

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

DO BRASIL
011960207304

CIAMENTO DE VEICULO

ENTRADA EXERCÍCIO
000000 2015

PLACA
HYR4927

CHASSI
9C2JC30708R730080

CONDUCTIVEL
CAROLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB ANO MOD
2008 2008

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 286.75

PREMIO TOTAL (R\$) 292.01

DATA DE PAGAMENTO 10/08/2015

LOCAL GROATRAS

DATA 05/10/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
TRANSPORTADOS DE MANEIRA INCORRETA

CE Nº 011960207304 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 05/10/2015

VIA PLACA
01 65650484368 HIR4927

RENDAVIA MARCA/MODELO
124519660 HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB ANO MOD
2008 09

CHASSI
9C2JC30708R730080

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 129.04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

PREMIO TOTAL (R\$) 292.01

DATA DE PAGAMENTO 10/08/2015

LOCAL GROATRAS

DATA 05/10/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
TRANSPORTADOS DE MANEIRA INCORRETA

LOTE/DOCT 011960207304

MOTOR JC30E78730080

www.dpvatsegurodotransito.com.br

2015-2015



DOCUMENTOS MÉDICOS



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

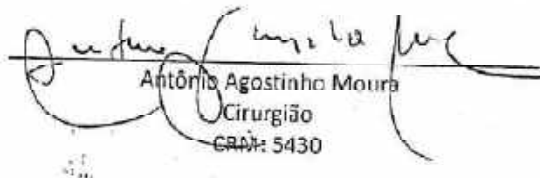
Antônio Agostinho Moura
dragostinho@hotmail.com

RELATORIO MEDICO PARA PERITO DO INSS

Paciente Jeferson Alves de Sousa sofreu queda de moto no dia 30/04/2016 resultando em trauma grave em região ocular direito com avulsão de pálpebra superior direito e diminuição da acuidade visual.

Conduta:

- Desbridamento Cirúrgico
 - Enxerto de pele de pálpebra superior direita.
- Teve evolução com ptose palpebral traumática e perda da acuidade visual (é necessário um laudo do colega oftalmologista)


Antônio Agostinho Moura
Cirurgião
CRM: 5430

Sobral 18 de agosto de 2016.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

Antônio Agostinho Moura
dragostinho@hotmail.com

RELATORIO MEDICO PARA PERITO DO DPVAT

Paciente Jefferson Alves de Sousa sofreu queda de moto no dia 30/04/2016 resultando em trauma grave em região ocular direito com avulsão de pálpebra superior direito e diminuição da acuidade visual.

Conduta:

- Desbridamento Cirúrgico
- Enxerto de pele de pálpebra superior direita.

Teve evolução com ptose palpebral traumática e perda da acuidade visual
(é necessário um laudo do colega oftalmologista)


Antônio Agostinho Moura
Cirurgião
CRM: 5430

Sobral 18 de agosto de 2016.



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CCF: 06.322.202-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



• ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Jefferson Alves L. Silva

Necessita de _____ dias de Licença para tratamento de Saúde.

Devido:

*Doença de caráter
D.D. por tratamento
cirúrgico / perfuração do fôlego
na região da virilha*

C.I.D.

H54.4.00

Dr. Fco. Ricardo B. Barreto Dias
Sobral - CE
Médico
PROLOGISTA
Méd. 1888 / CCF: 113.145.591-68

Assinatura do Médico e Carimbo

Hon. 03 / Gráfica CLEIDE - 3511.3723

Clin. Leiria de Andrade .com. Br

Hospital de Olhos
Leiria de Andrade



P. Jefferson Alves de Sousa

SOLICITO

- Reconstrução total de
palpebra OD.

- ENULTEÇÃO E RECONSTRUÇÃO
DE CAVIDADE

* MATERIAL / LENTE CONFORMADORA
MÉDIA:

IMPLANTE MULLER Nº 14

OU

IMPLANTE POREX Nº 16

15/09/16
Prof. 6686

Rua Rocha Lima, 1140 - Aldeota
Fone: (85) 3266-5511 - CEP 60.135-000
Fortaleza, Ceará, Brasil



NOME: JEFFERSON ALVES DE SOUSA
CONVÊNIO: PARTICULAR COM CARTÃO MEDSCAN
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. (a): DANIELLA T. DE LUCENA ZECH
DATA: 11/07/2016 PRONTUÁRIO: 4172
EXAME: TC ORBITAS

TÉCNICA DE EXAME:

Aquisição volumétrica "multislice" pré/pós contraste iodado EV com pós-processamento e SURE 3D para redução da dose de radiação.

DESCRIÇÃO:

Pele, subcutâneo, pálpebras e ossos sem alterações à esquerda.

Globo ocular esquerdo tópicos com formato, dimensões e densidade habituais.

Gordura intra e extraconal esquerda homogênea.

Musculatura extrínseca do globo ocular esquerdo sem alterações.

Glândula lacrimal esquerda homogênea de dimensões normais.

Fissuras orbitárias e canais ópticos com anatomias preservadas.

Nervos ópticos de calibres, densidades e trajetos habituais.

Canais dos ductos nasolacrimais isométricos.

Fratura tipo "blow out" na parede medial com afundamento da lamina papiracea.

Traços de fraturas com mínimo deslocamento no teto orbitário direito.

Globo ocular direito deformado, diminuído de volume, com densidade heterogênea e laceração no aspecto anterior inferior lateral. Houve luxação do cristalino, descolamento da retina e perda de substância incluindo humor vítreo e aquoso. Densificação e edema palpebral com borramento das interfaces entre o globo ocular, glândula lacrimal, gordura e musculatura (reto superior, reto lateral e oblíquo lateral).

IMPRESSÃO:

Trauma de órbita direita com:

- Fratura tipo "blow out" com afundamento da lamina papiracea na parede medial.
- Fratura com mínimo deslocamento do teto orbitário.
- Laceração do globo ocular com deformidade, diminuição de volume, luxação de cristalino, descolamento da retina e perda de substância (humor aquoso e vítreo).
- Densificação dos planos teciduais entre o globo ocular, pálpebras, glândula lacrimal e músculos, que podem representar complicação inflamatória. Correlacionar com a clínica.

Obs.: Canais nasolacrimais preservados. Não é possível avaliar os ductos da glândula lacrimal.



CENTRO DE
TOMOGRAFIA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL



ID: 875954 Nome: JERFERSON ALVES DE SOUSA - Idade: 27 - Sexo: M
EXAME: TC CRANIO (CT) - Data: 30/04/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TÉCNICA:

- Exame realizado sob técnica helicoidal, com imagens processadas e analisadas em workstation, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

- Área de hipodensidade frontal direita com focos gasosos de permeio.
- Aparente traço de fratura no teto da órbita direita.
- Proptose do globo ocular direito que mostra-se de densidade heterogênea e contornos irregulares.
- Parênquima encefálico restante homogêneo com valores de atenuação normais.
- Ventrículos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas anatômicos.
- Não há desvios das estruturas da linha média.

JORGE HOLANDA
RADIOLOGISTA
CRM 9881

Observação: Este é um exame complementar e deve ser analisado pelo médico solicitante em correlação com dados clínicos e laboratoriais.



PACIENTE: JEFFERSON ALVES DE SOUSA IDADE: 27 ANOS

DATA: 25/05/16

CONVENIO: PARTICULAR

ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR DIREITO (MODO B)

TÉCNICA:

Exame realizado com transdutor linear de alta resolução multifrequencial (12MHz) em tempo real, evidencia:

LAUDO:

Globo ocular direito com alteração da forma, dimensões reduzidas, sem evidência de corpo estranho intra-ocular.

Cristalino de espessura normal e íntegro. Cápsula posterior íntegra.

Diâmetro antero-posterior mede:

Olho direito: 2,0 cm

A ecogenicidade do humor vítreo apresenta-se alterada com marcados sinais de hemorragia vítrea.

Ao doppler não há sinais de descolamento retiniano.

Nervos ópticos sem alterações significativas segundo o estudo ultrassonográfico.


Dr. Michel Santos Palheta
Médico Radiologista
CREMEC: 9275



CLÍNICA
MICHEL
PALHETA

DIAGNÓSTICO - TERAPIA - PREVENÇÃO

Av. Dom José, 2424 - Centro - Sobral - CE (88) 3611.2577 / 99922.5888 / 99448.2550
e-mail: clinicamichelpalheta@hotmail.com

Autuação na Comarca Vinculada de Groaíras.
Distribuído para Cariré em 28 / 11 / 2018 

Recebido os autos em 30 / 11 / 18, os faço
CONCLUSOS ao MM Juiz



10/01/19

10/01/19

54
D

CERTIDÃO

Tendo em vista o teor do(a) despacho/decisão, coloco em pauta Audiência de Conciliação para o dia 27 de JUNHO de 2019, às 14 h/0 min. e encaminho os autos para a elaboração dos atos intimatórios e/ou citatórios de praxe.

O referido é verdade. Dou fé.

Cariré, 25 de abril de 2019.

Supervisor de Secretariã:


Francisco das Chagas Mesquita
Auxiliar Judiciário
Matrícula: 671

CERTIDÃO DE INTIMAÇÃO PESSOAL (quando for o caso)

Tendo em vista o teor da certidão supra, INTIMEI na Secretaria do Juízo:

() MP	_____	___/___/___
() O autor	_____	___/___/___
() O advogado do autor	_____	___/___/___
() A parte ré	_____	___/___/___
() O advogado do réu	_____	___/___/___
() Outro:	_____	___/___/___

Rubrica e matrícula: _____

EXPEDIÇÃO DA INTIMAÇÃO/CITAÇÃO

Tendo em vista o teor da certidão supra, EXPEDI:

() Intimação ao advogado - DJe. Lote _____, enviado em ___/___/___	
() Mandado de Intimação ao autor	() Mandado de citação ao réu
() Carta de Intimação ao autor	(X) Carta de citação ao réu
() Outro: _____	

Rubrica e matrícula: _____

ENCAMINHAMENTO DA INTIMAÇÃO/CITAÇÃO

() Via Malote Digital ___/___/___	() Via Correios ___/___/___
() Via OJ ___/___/___	() Deusimar () Ataliba

Rubrica do Oficial: _____ ___/___/___

Rubrica e matrícula: _____



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA VINCULADA DE GROAÍRAS

RUA PRINCESA ISABEL, 1520, CHICO JERÔNIMO
FONE/FAX (0XX88) 3647 1201, CEP 62.190 - 000, GROAÍRAS - CE

PROCEDIMENTO COMUM
PROCESSO N.º 153-12.2018.8.06.0082
PARTES adiante identificadas

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Por ordem do Dr. Gilvan Brito Alves Filho, MM. Juiz Titular desta Comarca de Cariré e Groaíras, por nomeação legal, etc.

ENCAMINHO a documentação em anexo com o fim de CITÁ-LO(A) de seu inteiro teor, oportunidade em que o(a) INTIMO para comparecer à audiência de CONCILIAÇÃO designada para o dia 27 de junho de 2019, às 09h:10min. que se realizará no Fórum de Groaíras, *advertindo de que o não comparecimento importará em presunção de veracidade das alegações formuladas pelo(a) autor(a), proferindo-se, de plano, julgamento da causa, tudo conforme o(a) despacho/decisão em anexo.*

NOTA.: Fica V.Sa. intimada de todo o conteúdo anexado.

Atenciosamente,

Francisco Melo Sobrinho
Supervisor de Secretaria

Selo nº 3.451-039
"Válido somente com o selo de autenticidade"

DPVAT – SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
Rua da Assembleia, N.º 100, 16º andar – Centro
CEP 20011 - 000 RIO DE JANEIRO - RJ