

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190341834 **Cidade:** Parambu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

---

**Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190341834**

**Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**

**Data do Acidente: 10/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO**

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

**Senhor(a), VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

**Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190341834**

**Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**

**Data do Acidente: 10/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190341834**

**Vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**

**Data do Acidente: 10/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000732-3**

Conta: **0000011762-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 084475283-59 Nome completo da vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO CPF: 084475283-59

Profissão: AGRICULTOR Endereço: Rua Almirante Rondonia 1600 Número: 515 Complemento: CPSA.

Bairro: LACIMBO-1 Cidade: Parnamirim Estado: PE CEP: 63680-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

## REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASCO

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

AGÊNCIA: 0732 3 CONTA: 11762 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Parnamirim, 21/5/2019.

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Victor Eduardo Pereira Inacio  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 521 - 345 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **16/05/2019 10:24:14**  
Data / Hora da Ocorrência: **10/03/2019 02:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **VILA JUAZEIRO**  
Complemento:  
Bairro:  
Município: **PARAMBU/CE**  
Ponto de Referência: **ESCOLA**

**Noticiante(s)**

Nome: **VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO**  
Nascimento: **30/06/2000** CPF: **084.475.283-59**  
RG: **20180460697** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO**  
**ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INÁCIO**  
Endereço: **RUA MARIA DO ROSÁRIO DA CONCEIÇÃO, 40**  
Bairro: **CACHIMBO 1** CEP:  
Município: **PARAMBU/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: PNZ8591 Uf: CE Município: PARAMBU Chassi:**  
**9C2JC4110CR584978 Renavam: 1111133678 Tipo do Veículo:**  
**MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano**  
**Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor:**  
**PRETA Proprietário: ALEX DO O PEREIRA Situação: NÃO INFORMADO**  
**Envolvimento: NORMAL**

**Histórico**

INFORMA A VITIMA QUE no dia, hora e local acima citados, trafegava na motocicleta acima caracterizada(condutor não habilitado), quando a mesma apagou e ao tentar frear o pneu traseiro travou, perdendo assim o controle da moto e caindo ao solo; QUE, a vitima foi socorrida por populares e levada ao Hospital e Maternidade Dr. Cicero Ferreira Filho, ocasião em que foi atendido pelo medico DR. Santino Xavier Filho CRM 19607 e constatado fratura no punho direito; QUE, indica como testemunhas as pessoas de FRACYEUDO PEREIRA FURTADO e SARA HEVLIN CANUTO FERREIRA. E NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO. AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE REGISTRO SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

OBS. 1: FALSA COMUNICAÇÃO DE CRIME À POLÍCIA CONSTITUI CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, COM PENA DE 01 (UM) A 06 (SEIS) MESES DE DETENÇÃO OU MULTA.

OBS. 2: Na cidade de Parambu INEXISTE sede do Instituto Médico Legal - IML e serviços de Corpo de Bombeiros, SAMU e Anjos do Asfalto.

OBS. 3: Origem STJ : É indevida a indenização relativa ao seguro obrigatório -DPVAT, na hipótese em que o acidente de trânsito que vitimou o segurado tenha ocorrido no momento de prática de ilícito penal doloso. STJ. 3a Turma. REsp 1661120-RS, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 09/05/2017(Info 604).



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAMBU  
Impresso nº 2019320051



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 521 - 345 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAMBU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RICARDO VIGANICO DOMINGUES JUNIOR - MAT.: 301224-0-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Victor Eduardo Pereira Junior*

VISTO DO DELEGADO(A) :

*Jefferson de Souza Lima*  
Delegado de Polícia Civil

JEFFERSON DE SOUZA LIMA - MAT.: 301254-8-7

Testemunhas:

① - *Francisco Pereira Furtado*

② - *Sara Heulin Camato Ferreira*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 084475283-59 Nome completo da vítima: VICTOR EDUARDO PEREIRA JÚNIOR.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: VICTOR EDUARDO PEREIRA JÚNIOR CPF: 084475283-59

Profissão: AGRICULTOR Endereço: Rua Almirante Rondon da Gama Número: 515 Complemento: CPSA

Bairro: LACIMBO-1 Cidade: Parmubre Estado: PE CEP: 63680-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

## RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASCO

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

AGÊNCIA: 0732 3 CONTA: 11762 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Parmubre, 21/5/2019.

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Victor Eduardo Pereira Junior  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00732-3

CONTA: 000000011762-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1906201905000000000023700732000000011762168750 PAGO

Prioridade: [ ]

Atendente: NELMA

PSF: BRASILIA

→ Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO

Idade do PCT: 11

CNS: 000000000000076

→ Médico: Dr(a). SANTINO XAVIER FILHO

CRM: 13607

→ Data da Consulta: 10/03/2019

Convênio: PÚBLICO

Data Nascimento: 30/04/2000

Leito: SEM LEITO

Naturalidade: PARAMBU

Sexo: MASCULIN

Profissão: AGRICULTOR

Fone:

Endereço:

Complemento:

Nº: 0

Bairro: CACHIMBO 1

Município: PARAMBU

UF: CE

Nome Familiar: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO

Parentesco: MÃE

Motivo Atendimento:

Responsável:

Hora Atend.: 08:00

**EXAME FÍSICO**

Altura(m):

Peso(Kg):

Pressão(mmHg):

Freq. Cardíaca:

Glicemia(md/dl):

Temp(°C):

Observação:

*Im unum in unum in unum in unum  
y humum in unum in unum  
Rx  
fratrum in unum in unum*

Dr. Santino Xavier  
Médico  
CRM-CE 1930

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CICERO FERREIRA FILHO

R. LEANDRO ALVES TEIXEIRA, 100 - BAIRRO: VILA NOVA - PARAMBU - CEARÁ - CEP 63660-101

CGC: 124.746.72/0001-18 - FONE: (88) 3448 - 2074 / FAX: (88) 3448 - 2228





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 575319993

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 160 | CEP 60135-040 | Fortaleza, CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**535670** DV **9**

VENCIMENTO  
**28/05/2019**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**0,00**

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 14 037030 03 0261000  
Nome ANTONIA DO O PEREIRA  
Endereço Postal

Medidor 21470770  
Poste 0000 0000

End. da Unidade Consumidora RU MARIA DO ROSARIO CONCEICAO 00000 CACHIMBO I PARAMBU 63680000

RG / CPF / CNPJ 853.949.393-49 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
40510	40405	1	105	0	105

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
21/05/2019	21/06/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EE2B.38C3.1C0C.8CE8.D008.FBD2.60CE.7380

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-44,88
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,15
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	13,18
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 0,43 )	

(88) 99607-9154

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

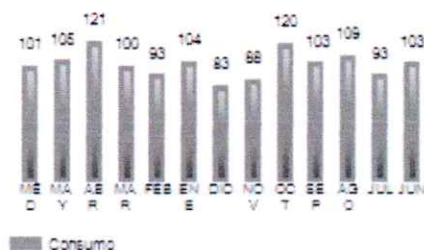
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,57

Conjunto PARAMBU

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,25	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 535670-9 Nº da Nota Fiscal: 575319993 Total a Pagar (R\$): 0,00  
Data de Emissão: 23/05/2019 Referência: MAI/2019 Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nº de Inscrição:

026151740

## DADOS DO CLIENTE

Nome: GLAUCO FASSHEBER U MELO

End. Leitura: AV DEL VICENTE A DE SOUSA, 154, TAUAZINHO

CEP: 63660-000

Cidade: TAUÁ

End. Entrega:

Cidade: 027  
Local: 002Setor: 002  
Subsetor: 00Quadra: 0061  
Subquadra: 00

Lote: 0231

CEP: 0000  
Comp: 0000ECONOMIAS  
Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumem <sup>3</sup>	Média Semestral (m <sup>3</sup> )
ÁGUA	R07F313220	3017	3018	1	1

## DATAS

Leitura Atual:	13, 04, 2019	Emissão:	13, 04, 2019	Lacre Água:	9999999999
Leitura Anterior:	15, 03, 2019	Próxima Leitura:	11, 05, 2019	Lacre Esgoto:	

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Coro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	0,15	0,15	0,10	0,15	0,15
Analisadas	0,15	0,13	0,36	0,11	0,15
Em conformidade					

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Glauco Fassneger Urbano inscrito (a) no CPF sob o Nº 456941763 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VICTOR EDUARDO PEREIRA JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 084475283 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima VICTOR EDUARDO PEREIRA JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 084475283 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: PROCURADOR Renda: 2.375,00 e apresento os documentos comprobatórios: IRPF- 2019.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>W. R. VILHENTE A. DE SAES</u>		Número	<u>154</u>	Complemento	<u>CASA.</u>
Bairro	<u>TWAZENHO</u>	Cidade	<u>TUA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)		
			<u>63660-000</u>			

Tua - PE, 22 de Maio de 2019  
Local e Data

Glauco Fassneger U. Jr.  
Assinatura do Declarante

**Declaração do Proprietário do Veículo**

Eu, **ALEX DO Ó PEREIRA**, RG nº 2009098046467, data de expedição 23/04/2009, Órgão SSPDS/CE, portador do CPF nº 603.914.343-65, com domicílio na cidade de Parambu – Estado do Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Maria do Rosário da Conceição, 40, Cachimbo-1, 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 **VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO**, cujo (a) condutor (a) era **VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO**.

Veículo: HONDA

Modelo: CG 125 FAN KS

Ano: 2012/2012

Placa: PNZ - 8591/CE

Chassi: 9C2JC4110CR584978

Data do Acidente: 10/03/2019

Local e Data: Parambu – Estado do Ceará, 22 de maio de 2019.



x *Alex do Ó Pereira*

Assinatura do Declarante – ALEX DO Ó PEREIRA

Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**Reconhecer Assinatura (s) Firma (s) Por Autenticidade.**



# CARTÓRIO CAVALCANTE - 2º OFÍCIO

PARAMBU - CEARÁ. FONE (88) 3448-1201

TABELIONATO E ANEXOS

Cleurismar Alves Cavalcante

Titular

## RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço a firma atrás de ALEX DO Ó PEREIRA, por autenticidade. Dou fé. PARAMBU/CE, 22 DE MAIO DE 2019.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

CLEURISMAR ALVES CAVALCANTE

2.º Tabelião Público.



RUA MANOEL ALEXANDRE, 54 - CENTRO. CEP 63680-000 -  
PARAMBU/CE. TELEFAX (88) 3448-1201

Prioridade: [    ]

Atendente: NELMA

PSF: BRASILIA

Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO

Idade do PCT: 18

CNS: 00000600000057E

**Médico:** Dr(a). SANTINO XAVIER FILHO

CRM: 13607

Data da Consulta: 10/03/2019

**Convênio:** PÚBLICO

Data Nascimento: 30/04/2000

Leite: SEM LEIT

Naturalidade: PARAMBU

**Sexo:** MASCULIN    **Profissão:** AGRICULTOR

Fore:

Endereço:

Complemento:

Nº: 0      Bairro: CACHIMBO 1

Município: PARAMBU

UP: OF

Nome Familiar: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO

Parentesco: MÃE

**Motivo Atendimento:**

**Responsável:**

Hora Atend.: 0,50

## EXAME FÍSICO

Altura(m):

Peso(Kg):

Pressão(mmHg):

Freq. Cardíaca:

G icemia (mg/dl):

Tommy #21

**Observação:**

In when is over a 10 min

4 hours on paper 6.

127

fn + TV m m n m m c

Dr. Gerardo Xavier  
Medico  
CRM-CE 7829

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CÍCERO FERREIRA FILHO

R. LEANDRO ALVES TEIXEIRA, 100 - BAIRRO: VILA NOVA - PARAMBU - CEARA - CEP 63660-133

CGC: 124.746.72/0001-18 - FONE: (83) 3448-2074 / FAX: (448) 2228



**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem U m C F F

Distrito Sanitário Parambu - CE

NOME: Victor Eduardo Pereira Lima  
SEXO: M ( ) F ( ) DATA DE NASC.: 30/06/2000 OCUPAÇÃO: gruileiro  
ENDEREÇO: rua Maria do Rosário BAIRRO: Carimã Tel: 18x19756

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

RESULTADO DE EXAMES:

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO EMITENTE

Nº DE REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

**AGENDAMENTO**

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ( ) HOSPITALAR ( ) AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ( )

PROCEDIMENTO: ORTOMANUTRIÇÃO PROFISSIONAL

UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: / / HORA:

**FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (\*)**

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO: ALTA / /

RESUMO CLÍNICO CIRÚRGICO

RESULTADOS DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

SECUNDÁRIO 1: CID:

SECUNDÁRIO 2: CID:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICA A REFERÊNCIA? SIM ( ) NÃO ( )

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM DIAGNÓSTICO? SIM ( ) NÃO ( )

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE

Nº DO REGISTRO

FUNÇÃO

DATA



Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 092071	Atendimento 0001	Nome do Paciente VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO	CNS 898005108047977	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20180460697			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 30/06/2000	Local PARAMBU/CE		Idade 18 Ano(s)	
Pai ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INACIO		Mãe MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO		
Endereço RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO, SN		Bairro CACHIMBO I	CEP 63680-000	Município PARAMBU
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjugue		
Responsável MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO	CPF do Responsável	Endereço RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO,	Município PARAMBU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/03/2019	Hora 12:33	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento		Nº Conselho	Tipo Atendimento	
Indicador de Acidente		Funcionário ANTONIA JOZELIA DE FARIAS		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação ___/___/___ às ___hs.		Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito	

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------	---------------	------------------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Trauma em punho  
Acidente com moto  
cl 201 + DEFONAM 2029

→ Trauma de punho

→ Insensibilização

404-3

00.975.737/0071-04

SOCIEDADE BENEFICENTE

Dr. Alberto

Hospital Dr. Alberto Feitosá Lima

CEP: 63.680-000

by Tatu

Coat

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO

DADOS DO PACIENTE

Nome VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO						Prontuário/Atendimento 092071/0004	
Nascimento 30/06/2000		Local PARAMBU		País Nacionalidade Brasil		Idade 18 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Etnia		Estado Civil Solteiro(a)	
Documento(s) Identidade: 20180460697		CNS 89.8005.108.0479-77		Religião			
Endereço RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO		Nº SN		Bairro CACHIMBO I		Município PARAMBU-CE	
Fone (88) 9788-1814		Profissão AGRICULTOR		Empresa		Fone Empresa 63680-000	
Responsável MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO		CPF do Responsável		Fone Responsável (88) 9788-1814			
Endereço Responsável RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO		Cônjuge					
Mãe MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO		Pai ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INACIO					

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 14/03/2019 10:06		Quarto/Leito 407-0002		Aposento ENFERMARIA		Clínica ORTOPEDICA		Setor UNID. DE INTER. CIRURGICA	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Guia	
Médico FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU		CID Principal		CID Complementar		CRM 14707			

Observação		Usuário ANTONIA JAHINE DOS SANTOS FERREIRA		Procedimento SUS		Sisprenatal	
Data Saída 15-03-19		Hora 09:50		Condição da Saída Alta médica		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

*[Assinatura]*  
00.975.737/0071-84  
SOCIEDADE BENEFICENTE  
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA  
CEP 63680-000

TAUA, 14 de março de 2019.

Assinatura do paciente  
Responsável pela Impressão: ANTONIA JAHINE DOS SANTOS FERREIRA

*[Assinatura]*  
Assinatura do responsável





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2018003

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

2 - CNES

2328046

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

4 - CNES

2328046

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

92071

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

89.8005.108.0479-77

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/2000

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 RAÇA/COR

01 - Branca

10 1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9788-1814

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO

14 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9788-1814

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO, SN, CACHIMBO I

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARAMBU

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2310308

18 - UF

CE

19 - CEP

63680-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Procedimento realizado em função de fratura de fêmur do membro inferior direito.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Inclusão cirúrgica*

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

*Ampliação da fratura de fêmur*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura de fêmur direito*

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

ORTOPÉDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296718093

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/03/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
092071	0003	VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO	898005108047977	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade: 20180460697			Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade	
30/06/2000	PARAMBU/CE		18-Anos	
Pai	Mãe			
ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INACIO	MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO, SN	CACHIMBO I	63680-000	PARAMBU	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone
AGRICULTOR				88 97881814
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO		RUA MARIA DO ROSARIO DA CONCEICAO,	PARAMBU	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
14/03/2019	07:30	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU	14707/CE			
Indicador de Acidente	Funcionário			
	ANTONIA JAHINE DOS SANTOS FERREIRA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída
				( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%):
				Glicemia (mg/dL)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de queda da rede 14/03/2019  
Apresentando fratura de costela direita - D  
C.O. Internament para cirurgia

60.975.737/0071-64  
SOCIEDADE BENEFICENTE

HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA  
CNPJ 06.975.737/0001-00

Dr. Fabricio Veloso  
CRM 14707/CE

FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM: 14707

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA PEREIRA DO NASCI

Hospital Dr. Alberto  
Feitosa Lima

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PRONTUÁRIO

92021

DATA

14/03/19

PACIENTE

Vitor Eduardo Pereira Inacio

LEITO

### INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

Osteossintese do fêmur distal direito

CIRURGIÃO

Dr. Galvão

CRM

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Newton

CRM

TIPO DE ANESTESIA

Tubo

PATOLÓGISTA


INSTRUMENTADOR(A)

CIRCULANTE

ACHADOS OPERATÓRIOS

H. Dissecção cirúrgica H.

1. Realizada a dissecção do fêmur distal direito.  
2. Aplicação do sistema de fixação.  
3. Realizada a redução da fratura e fixada com placa.  
4. Placa 4x6 e 3,5 - parafusos adequados ao fêmur.  
5. Não houve lesão de estruturas adjacentes.  
6. Fim da cirurgia.

  
60.975.737/0071-64  
HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA  
CEP: 63.060-000  
Tua



**Laboratório de Análises Clínicas**

Paciente: **VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO** Prontuário: **092071/0006**  
Data de Nascimento: 30/06/2000 Nome da Mãe: **MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO**  
RG : 20180460697 Fone: (88) 9788-1814  
Médico: **FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU** Idade: 18 Ano(s) Sexo: Masculino  
Data: 14/03/2019 11:14 Local: **LABORATORIO** Quarto: 407 Leito: 0002  
Convênio: **SUS** Setor: **UNID. DE INTER. CIRURG**

**TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)**

Material: Sangue Total Coleta: 14/03/2019 11:14 Digitador: **LUCELIA LIMA** Liberação: 14/03/2019

**Valores Referenciais**

Resultado .....: **1,00 min/seg**

**Normal: 1 - 3 minutos**

**TEMPO DE COAGULACAO**

Material: Sangue Total Coleta: 14/03/2019 11:14 Digitador: **LUCELIA LIMA** Liberação: 14/03/2019

**Valores Referenciais**

Resultado .....: **4,11 min/seg**

**Normal: 5 - 12 minutos**

**ALBERTO FEITOSA LIMA**  
CRF/CE 3326

**JOSE ENEAS DE A. LIMA JUNIOR**  
CRF/CE 4885

Impressão: 14/03/2019 11:32 **LUCELIA LIMA PEDROSA**

Rua: **Abigail Cidrão de Oliveira**, 213 - Bairro: **Planalto dos Colibris** - Cep: **63.660.000** - **Tauá-CE**  
Fone: **(88)3437-4299**



# Laboratório de Análises Clínicas

407.2

Paciente: **VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO**Prontuário: **092071/0006**

Data de Nascimento: 30/06/2000

Nome da Mãe: **MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO**

RG : 20180460697

Fone: (88) 9788-1814

Médico: **FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU**

Idade: 18 Ano(s) Sexo: Masculino

Data: 14/03/2019 11:14

Local: LABORATORIO

Quarto: 407 Leito: 0002

Convênio: SUS

Setor: UNID. DE INTER. CIRURG

## HEMOGRAMA COMPLETO

Método: Automatizado - Micro ABX 60

Material: Sangue Total Coleta: 14/03/2019 11:14 Digitador: LUCELIA LIMA Liberação: 14/03/2019

### Valores Referenciais

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS .....	6.900 /mm <sup>3</sup>	3500 - 10000 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS .....	0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 - 100 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS .....	1 % 69 /mm <sup>3</sup>	50 - 500 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓFILOS BASTONETES .....	0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 - 840 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS .....	58 % 4.002 /mm <sup>3</sup>	1700 - 8000 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS .....	5 % 345 /mm <sup>3</sup>	300 - 900 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS .....	36 % 2.484 /mm <sup>3</sup>	900 - 2900 /mm <sup>3</sup>

### ERITROGRAMA

HEMÁCIAS /mm <sup>3</sup> .....	4,36 milhões	4,5 - 5,3 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA .....	12,5 g/dL	13,0 - 16,0 g/dL
HEMATÓCRITO .....	40,6 %	37,0 - 49,0 %
VCM .....	93,1 fL	78,0 - 100,0 fL
HCM .....	28,7 pg	25,0 - 35,0 pg
CHCM .....	30,8 %	31,0 - 36,0 %
RDW .....	12,3 %	10 - 15,0 %
CONTAGEM DE PLAQUETAS .....	326.000	150.000 - 450.000 /mm <sup>3</sup>

ALBERTO FEITOSA LIMA  
CRF/CE 3326

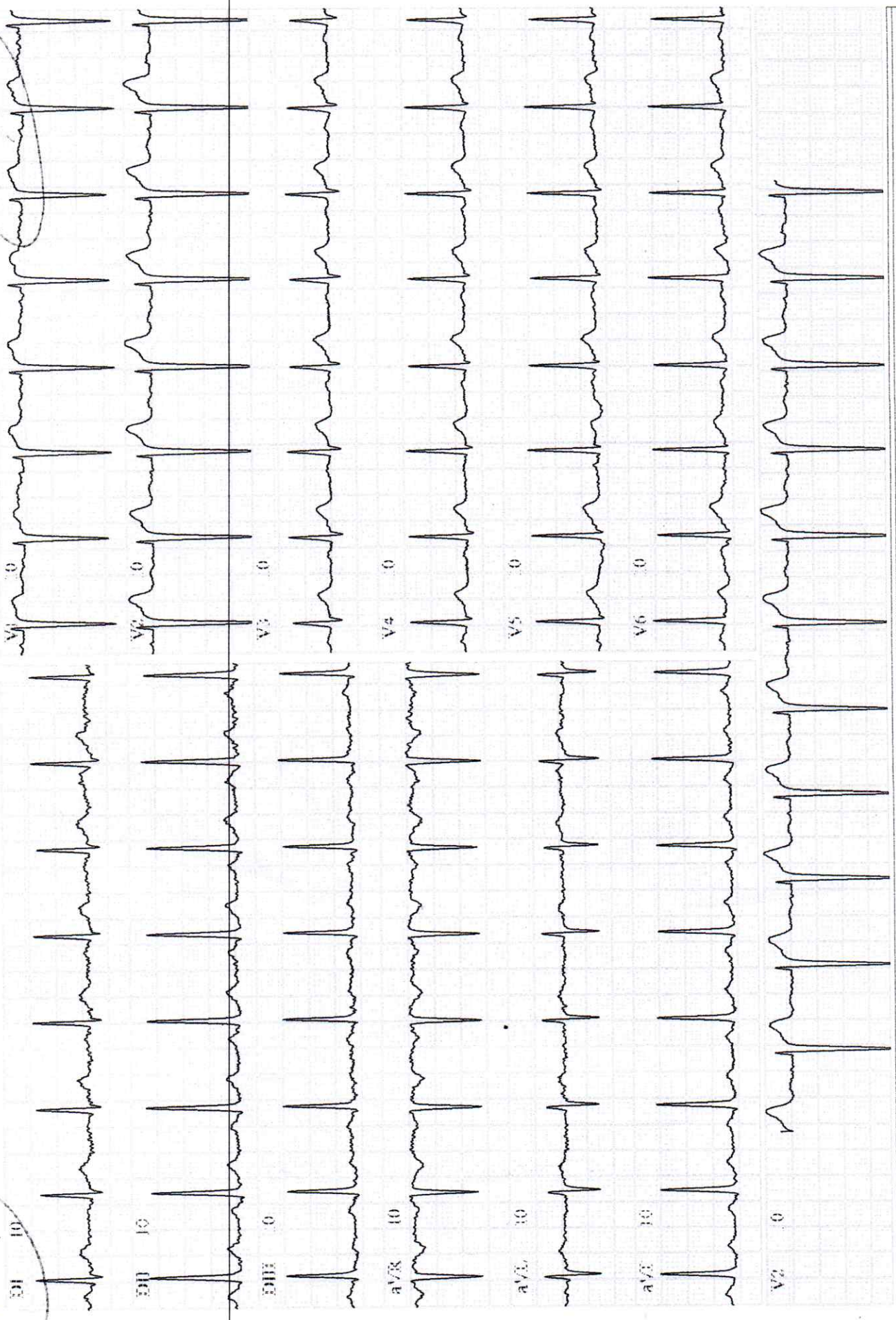
Impressão: 14/03/2019 11:32 LUCELIA LIMA PEDROSA

JOSE ENEAS DE A. LIMA JUNIOR  
CRF/CE 4885

107-2

ECG de Repouso

Exame: 8770    Nome: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO    Reg. Clín.:    Nasc.: 30/06/2000  
FC 90 bpm    Vel.: 25 mm/s    Filtros: 60Hz    Muscular    RG:    Data: 15/03/2019 - 07:59





**Resumo/Sumário de alta**

Paciente: VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

Prontuário: 092071

Data de Nascimento: 30/06/2000

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INACIO

Idade: 18 Ano(s)

Convênio: SUS

Setor: UNID. DE INTER. CIRURGICA

Aposento: ENFERMARIA

Data da Internação: 14/03/2019

Profissional Resp.: FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU

Leito: 407 - 0002

Diagnóstico Principal:

CRM: 14707

Data: 15/03/2019

Hora: 08:46

**Motivo da Internação:**

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

P1- FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

1 DPO DE OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS E  
FIOS DE KIRSCHNER

EVOLUI ESATAVEL. ALGIA CONTROLADA.  
FO LIMPA

CD: ALTA E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

**Conduta / Tratamento Realizado:**

RETORNO NO DIA 26/03/19 AS 8 H  
CURATIVO DIARIOS , MANTER TALA GESSADA  
SEM CARGA EM MEMBRO OPERADO

**Exames Realizados:**

COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO CELETROCARDIOGRAMA -  
ECGHEMOGRAMA COMPLETORX PUNHO

**Plano Pós-Alta:**

**Tipo de Saída:**

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Dr. Fabricio Viana  
CRM-CE 14707

RESPONSÁVEL: FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM-CE 14707

Assinatura Paciente/Responsável



## ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO necessita afastar-se de suas atividades de 15/03/2019 (sexta-feira) até 30/03/2019 (sábado), para tratamento médico.

Observações

CID S52.5

TAUÁ - CE, 15 de março de 2019 - 08:46

FABRICIO VELOSO SOARES VIANA DE ABREU - CRM 14707

Dr. Fabricio Viana  
CRM-CE 14.707  
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Fabricio Viana  
CRM-CE 14.707  
Ortopedia e Traumatologia

**EXAME:** RAO X  
**NOME:** VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO  
**DATA DO LAUDO:** 21-05-2019  
**MÉDICO SOLICITANTE:** SOL.PROPRIA

### **LAUDO**

#### **PUNHO DIREITO**

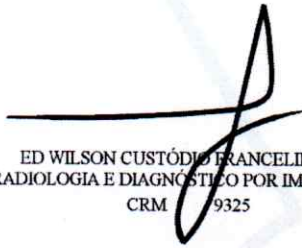
Osteossíntese com placa e parafusos metálicos na porção distal do rádio

Fratura prévia do processo estilóide da ulna

Textura óssea normal

Espaços articulares preservados

Partes moles peri-articulares sem alteração



ED WILSON CUSTÓDIO FRANCELINO  
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
CRM 9325



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



Victor Eduardo Pereira Inácio

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2018046069 - 7

DATA DE EXPEDIÇÃO

19/02/2018

NOME

VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO

FILIAÇÃO

ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO INÁCIO

MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO INÁCIO

NATURALIDADE

PARAMBU - CE

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1

OFÍCIO TERMO: 18618

FOLHA: 372

LIVRO: A20

PARAMBU - CE

CPF

084.475.283-59

DATA DE NASCIMENTO

30/06/2000

P.: 127

1 VIA

RESERVA DO DOUTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

**CE**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1631656052**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1631656052**

NOME  
**GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR RF  
**97002195383** SSP **CE**

CPF  
**456.941.763-91** DATA NASCIMENTO  
**20/08/1974**

FORMAÇÃO  
**JOSE AIRTON LIMA MELO**  
**JULIA URBANO ARAUJO MELO**

PERMISSÃO **AB** ACC **AB** CATEGORIA **AB**

Nº REGISTRO  
**01161992022** VALIDADE  
**18/01/2023** 1ª HABILITAÇÃO  
**11/09/1993**

OBSERVAÇÕES  
**SEM OBSERVAÇÃO;**

*Glauco Fassheber Urbano Melo*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**TAUA, CE** DATA EMISSÃO  
**26/01/2018**

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

**CEARÁ**

63589264481  
CE163382697



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 456.941.763-91	Nome do declarante GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO	Telefone
Endereço AVENIDA CEL VICENTE ALEXANDRINO DE SOUSA	Número 154	Complemento
Bairro/Distrito TAUAZINHO	CEP 63660-000	Município TAUA
		UF CE

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS

28.500,00

IMPOSTO DEVIDO

0,00

IMPOSTO A RESTITUIR

0,00

SALDO DO IMPOSTO A PAGAR

0,00

IMPOSTO A PAGAR

GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE

0,00

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 30/04/2019 às 08:46:10  
0971419261

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190341834 **Cidade:** Parambu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO PÁG. 05 11 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 07 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 13 //

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## **PROCURAÇÃO**

### **OUTORGANTE**

Nome: **VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO**

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Profissão: AGRICULTOR (A)

RG/CNH/CTPS: 2018046069-7 SSPDS/CE

Endereço: RUA MARIA DO ROSÁRIO DA CONCEIÇÃO, S/N, CACHIMBO-1, PARAMBU - ESTADO DO CEARÁ. CEP: 63.680-000.

Est. Civil: SOLTEIRO (A)

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/2000

CPF: 084.475.283-59

### **OUTORGADO:**

Nome: **GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO**

Nacionalidade: BRASILEIRO (A)

Profissão: AUTÔNOMO (A)

RG/CNH/CTPS: 97002195383 SSPDC/CE

Endereço: AV. CEL. VICENTE ALEXANDRINO DE SOUSA, 154, TAUZINHO, TAUÁ - ESTADO DO CEARÁ. CEP: 63.660-000.

Est. Civil: CASADO (A)

CPF: 456.941.763-91

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT. Autorizando ao outorgado, **Solicitar, Requerer e Receber Cópia de Prontuários Médicos, Boletim de Atendimento Médico (BAM), Declaração de Atendimento, Ficha de Referência**, junto ao IJF (INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA), HOSPITAL BATISTA MEMORIAL, PSA (PRONTO SOCORRO DOS ACIDENTADOS), HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA (TAUÁ/CE), IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL - PEFOCE), INSS.

Concedendo ao outorgado poderes para assinar, transigir, requer/receber cópias de sinistros já gerados e arquivados, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, preencher e assinar o **PEDIDO DO SEGURO DPVAT - Declaração de Autorização de Pagamento de Sinistro Dpvat, Declaração de Ausência/Inexistência do IML -**, incluindo receber **informações e notificações sobre agendamento de perícia médica** e solicitar reagendamento. Podendo substabelecer, desistir, renunciar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT no (a) qual faz jus. **Estado ciente que toda (s) e quaisquer (es) informações prestadas no referido procedimento administrativo são de responsabilidade do outorgante e/ou do seu representante legal.**



PARAMBU - ESTADO DO CEARÁ, 22 DE MAIO DE 2019.

*x Victor Eduardo Pereira Inácio*  
**VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO**

(RECONHECER ASSINATURA/FIRMA POR AUTENTICIDADE).

# CARTÓRIO CAVALCANTE - 2º OFÍCIO

PARAMBU - CEARÁ. FONE (88) 3448-1201

TABELIONATO E ANEXOS

Cleurismar Alves Cavalcante

Titular

## RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço a firma atrás de VICTOR  
EDUARDO PEREIRA INÁCIO, por autenticidade. Dou  
fé. PARAMBU/CE, 22 DE MAIO DE 2019.

EM TESTEMUNHO DA VERDADE

CLEURISMAR ALVES CAVALCANTE

2.º Tabelião Público.

RUA MANOEL ALEXANDRE, 54 - CENTRO. CEP 63680-000 -  
PARAMBU/CE. TELEFAX (88) 3448-1201



VICTOR EDUARDO PEREIRA INÁCIO

(RECONHECER ASSINATURA/FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174847/19

**Vítima:** VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO

**CPF:** 084.475.283-59

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Titular do CPF:** VICTOR EDUARDO  
PEREIRA INACIO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO : 456.941.763-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### VICTOR EDUARDO PEREIRA INACIO : 084.475.283-59

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019  
Nome: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO  
CPF: 456.941.763-91

GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA