

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WTAM.20.00165879-4** em **24/06/2020 12:21:35**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Tamboril
Processo : 0050173-63.2020.8.06.0170
Protocolo : WTAM.20.00165879-4
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 24/06/2020 12:21:35

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>> [Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2728817_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-6.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 7-11.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 12-23.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 24-29.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 30-31.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 32-40.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 41-43.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 44-47.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 48-52.pdf
Documentação : 2728817_CONTESTACAO_Anexo_02 - 53-55.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TAMBORIL/CE

PROCESSO: 00501736320208060170

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/12/2019**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular³, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviços ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal⁴.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandato.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

⁴Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº [\(2009.001.20283\)](#), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece."

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES SOBRE O SINISTRO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO.

Conforme se verifica nos documentos médicos, não ficou devidamente comprovado que as lesões aduzidas sejam decorrentes do sinistro noticiado, isto se observa uma vez que inexistem nestes documentos qualquer menção ao acidente ou até mesmo quanto ao socorro prestado.

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a autenticidade dos documentos médicos apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital, no qual foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC⁵.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/12/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

⁶RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁹art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TAMBORIL, 17 de junho de 2020.

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde 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, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **TAMBORIL**, nos autos do Processo nº 00501736320208060170.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYDY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francineire Farias Ferreira
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 015.447.813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYOY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francineire Farias Ferreira
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 015.447.813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-ON: 001306979217 NS: 22711283

Data:18/12/2019 Hora de Brasilia:15:41

*** Extrato de Conta Corrente ***

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 15:41HR
AGENCIA 0739 CTA 000248-1 18/DEZ/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	0,00
+ CONTA CORRENTE	0,00

TOTAL DE RECURSOS	0,00
-------------------------	------

Ag.Bradesco : 739 - TAMBORIL
Corresp.Banc.:066 - DROGARIA SAO JORGE
NSU: 003959320591 Autenticacao: 012604

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078387/20

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/03/2020
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200098354 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)
ALTA.(P1/2/6/8FC/10/11/15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200098354 **Cidade:** Tamboril **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)
ALTA.(P1/2/6/8FC/10/11/15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038106041
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DIG 1 COD. RENAVAM 153280832 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCIMEIRE FARIAS ARAUJO

TAMBORIL / CE

CPF / CNPJ
02163201783

PLACA
NDW1106/CE

PLACA ANT / UF
*****/CE

CHASSI
9C2KD04209R021893

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL
2P/0CV/149CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I	*****	****	1ª *****
P			2ª *****
V	FAIXA I.P.V.A. ***	PARCELAMENTO / COTAS *****	3ª *****
A			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	80.58	06/06/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL
TAMBORIL

Assinatura do Superintendente de Registro

DATA
05/07/2019

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

021.632.017-83

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2016127335 - 6
DATA DE EXPIRAÇÃO	29/04/2016
NOME: FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA	
FILIAÇÃO: MANOEL FARIAS DE SOUSA	
MÃE: MARIA DO CARMO FARIAS	
NATURALIDADE	TAMBORIL - CE
DATA DE NASCIMENTO	18/04/1961
CERT. CASAMENTO	CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0002602 FOLHA: 053EV
LIVRO: 8-23	TAMBORIL - CE
DOC. ORIGEM	1. VTA
LEI Nº 7.116 DE 29/06/63	P.: 198

PROIBIDO PLASTIFICAR	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	CARTEIRA DE IDENTIDADE
ESTADO DO CEARÁ	SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA JOENSE DO ESTADO DO CEARÁ	COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS
	Francineire Farias Ferreira
Polegar Direito	

CÓDIGO DE CONTROLE
B866.F61D.A16D.6A3E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:58:09 do dia 11/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190/212456

Data da solicitação:

02/03/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF do beneficiário:

042.789.793-98

Nome do solicitante: FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

CPF do solicitante:

021.632.017-83

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 99291-1706 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: edmilsonkaryy@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:☐ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☒ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OBS: JÁ MANDEI TODOS DOCUMENTOS MÉDICOS QUE TENHO. PORÉM AGORA ESTOU MANDANDO PEDIDO DE REANÁLISE, PARA JUNTAR COM A DOCUMENTAÇÃO QUE JÁ TEM NA SEGURADORA LIDER. JÁ TERMINEI TODO TRATAMENTO MÉDICO. AGORA AGUARDO UMA PERÍCIA OU A MINHA INDENIZAÇÃO, COMO A SEGURADORA DECIDIR. ATENCIOSAMENTE.

TAMBOREIL-CE, 02 DE MARÇO DE 2020

Local e Data

Francineira Farias Ferreira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078387/20

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/03/2020
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO



SÃO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: GERRARDO FERREIRA DOS SANTOS

Prontuário: 153251

Dt. do Atend: 14/12/2019 Dt. de Nasc: 14/07/1956

Convênio: SUS

Médico: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES

DATA 15/12/19

1. ADMISSÃO

(Equipe de enfermagem)

1.1 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira

1.2 Cirurgia proposta: Trauma em 3º pedalite

1.3 (X) Avaliar Jejum hora 12:00 Data 14/12/19

1.4 Exames recebidos: () Laboratoriais () ECG (X) RX () TC

() US () RMN () Ficha de internamento

1.5 (X) Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransusão)

1.6 Reserva de hemoderivados

() Sim (X) Não se aplica

1.7 (X) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...

1.8 () Realizado tricotomia

() Sim (X) Não se aplica

1.9 (X) Vestimento adequado (camisola)

1.10 Alergia (X) Não () Sim Qual?

1.11 (X) Acesso venoso com boa infusão

1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (X) Não () Sim data L

Assinatura do responsável:

Assinatura de Marcos Gondim Rocha Alves
 TCC DE ENFERMAGEM
 CORENCE 106.239

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

3.1 (X) Apresentação dos membros da equipe verbalmente

3.2 (X) Confirmar verbalmente identificação do paciente.

Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado

3.3 (X) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)

3.4 (X) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)

3.5 A lateralidade está adequadamente marcada

() Sim (X) Não se aplica

3.6 (X) Oxímetro de pulso no paciente e funcionamento

3.7 (X) Materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização

3.8 (X) O Integrador Químico indica esterilização do instrumental cirúrgico

3.9 (X) Exames estão disponíveis?

() Sim () Não se aplica

3.10 O antibiótico foi administrado?

() Sim (X) Não se aplica

2. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

(Item 2, 3 e 4 se não preenchido, não é item 2)

2.1 () Origem do encaminhamento

() Clínica Cirúrgica () Clínica Médica

() Clínica Pediátrica () Maternidade

() Semi-intensiva (X) Urgência () Observações

2.2 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira

2.3 (X) Tipo de procedimento:

() Agendamento (X) Urgência/Emergência

2.4 (X) Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransusão)

2.5 (X) local da Cirurgia? MIB (3º PAB)

2.6 Alergia (X) Não () Sim Qual?

2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?

(X) Não () Sim e há equipamento disponível

2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?

(X) Não () Sim, planejamento para fluidos

2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim (X) Não se aplica

2.10 () Demarcar lateralidade (X) Não se aplica

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

4.1 (X) Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado

4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?

(X) Não () Sim Qual?

4.3 Contagem manual:

Compressas Entregue 05 + + + + conferida 05

Instrumentais Entregue 27 + + + + conferida 27

Lâmina Entregue 02 + + + + conferida 02

Aguilha Entregue 02 + + + + conferida 02

4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?

(X) Não se aplica () Sim

4.5 Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório?

(X) Não () Sim Qual?

4.6 Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?

(X) Não () Sim Qual?

Assinatura do Responsável

Assinatura de Marcos Gondim Rocha Alves
 TCC DE ENFERMAGEM
 CORENCE 1266-105

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS

2 - CNES

2481073

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.0106.954.1492-10

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/07/1956

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10 - 1 - ETNIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

133251

11 - NOME DA MÃE

RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

TAMBORIL

12 - TELEFONE DE CONTATO

(08)95278-5554

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2313203

18 - UF

CE

19 - CEP

63750-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FERIMENTO EXTENSO REGIÃO PLANTAR DO PE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S92.5 Ferida de tipo aberto

24 - CID 10 PRINCIPAL

S925

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S925

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Elevo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

205573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES TORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/12/2018

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 SEQUENCIADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - Nº DOCUMENTO

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

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Givanildo Moura

Secretário de Saúde

Secretaria de Saúde

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: Alvo Nome do Paciente:
153251 0001 GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Documentos:
CPF: 042.789.793-98

Data de Nascimento: 14/07/1958 Local: TAMBORIL/CE

Pa: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN

Profissão: AGRICULTOR Empresa:

Residência: FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA

Mãe: RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

Município: MONTE CASTELO CEP: 63750-000 Município: TAMBORIL

Córuge: FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN

CNS: 700106964149210

Estado Civil: Casado(a)

Guia de Autização:

Sexo: Masculino

Idade: 63 Anos(s)

UF: CE Telefone: 88992788654

Município: TAMBORIL

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data de Atendimento: 14/12/2019 Hora: 22:21 Carência: SUS

Profissional de Atendimento: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES

Endereço de Atendimento:

Município: CID:

CRM/UF: 19327/CE

Endereço:

ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES

Tipo de Atendimento: CONSULTA COM OBSERVAÇÃO

Observação:

Sexo:

Duração da Liberação: 35 hs

Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Temperatura (°C): 36,00 Frequência Cardíaca (bpm): 100 Frequência Respiratória (bpm): 20 PA Sistólica (mmHg): 164 PA Diastólica (mmHg): 100 Peso (kg): 93,000 Altura (cm): 180,00 Diastólica (mmHg): Glicemia (mg/dL):

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 14/12/2019 22:17

Responsável pela Classificação: LUCINEIDE FERREIRA

Relatório:

REFERE FRATURA EXPOSTA DEDO PE MID. SANGRANTE. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

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

14/12/2019 22:36:32h Responsável: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES CRM-CE 19327

PACIENTE PROVENIENTE DE TAMBORIL, SEM REGULAÇÃO PREVIA, APRESENTANDO LESÃO SANGRANTE EM 3º DDO APOS ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO PROVAVEL FRATURA EXPOSTA.

#CDT

CETOPROFENO 100MG + 100ML SF0,9% EV 23:36

AVALIAÇÃO DO TRAUMA Comunicado an 22:31

RAIO-X PE DIREITO 23:36

NIFEDIPINO 20MG VO D1CP 23:36

Lucineide Ferreira Torres
LUCINEIDE FERREIRA TORRES
ENFERMEIRA
COREN/CE: 338.462

Marcos Gondim
MARCOS GONDIM ROCHA ALVES CRM 19327

Francimeire Farias Ferreira
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCIMEIRE FARIAS FER

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES
2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES
2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
153251

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
70.0106.954.1482-10

8 - DATA DE NASCIMENTO
14/07/1956

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

10 - RAÇA/COR
03 - Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

12 - TELEFONE DE CONTATO
(36) 99278-6554

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCIMERE FARIAS FERREIRA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SM. MONTE CASTELO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
TAMBORIL

17 - CDD - IBGE MUNICÍPIO
2313203

18 - UF
CE

19 - CEP
63755-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FERIMENTO EXTENSO REGIÃO PLANTAR DO PÉ

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
SS2.5 Fratura de osso anel

24 - CID 10 PRINCIPAL
S625

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S925

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0704050470

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Elevado

31 - DOCUMENTO
(X) CNES () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
208573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
JAMIL SANCHES NORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
14/12/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ ACIDENTE DE TRANSITO

☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SELECIONADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
Dr. Gilvan Nelo Marques

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
3377

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO
() CNES () CPF

47 - Nº DOCUMENTO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Prescrição	Paciente	Prontuário
0001	GERARDO FERREIRA DOS SANTOS	153251/0003
Data de Nascimento	Mãe da Mãe	Sexo
14/07/1956	RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS	Masculino
Data	Apresento	Quarto/Leto
15/12/2019	ENFERMARIA	013/0002
Hora	Profissional Responsável	COREN
21:10	FRANCISCA GLEICIANE JANUARIO EDUARDO	526048
Convênio	Sector	Data de Internação
SUS	CLINICA CIRURGICA	15/12/2019
Diagnóstico	CBO	
	ENFERMEIRO EM GERAL	

Prescrição de Enfermagem

Frequência Aprazamento

Evolução

15.12.19 ÀS 20:40H PACIENTE DE 63 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO, APRESENTANDO LESÃO EM 3º PODODÁCTILO, ACASIGNADO POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM POI DE PROCEDIAMNTO TRAUMATOLÓGICO. CONSCIENTE, ORIENTADO, CONTACTANTE E DEAMBULANDO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, COMORBIDADES, HÁBITOS, COMO ETILISMO E TABAGISMO. NO MOMENTO NORMOTENSO (PA: 110/80mmHg), AFEBRIL (T: 36,6C), NORMOCÁDIO (FC: 70 BPM), EUPNEÚICO (FR: 20 MRPM), NORMOSSATURANDO (SPO2: 96%), EM ARA AMBIENTE E COM BOA PERFUSÃO CAPILAR. AO EXAME: NORMOCORADO, ACIANÓTICO, AUSCULTA PULMONAR SEM RUÍDOS, ABOMEM PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR. À PALPAÇÃO APRESENTA LESÃO EM 3º PODODÁCTILO AVF EM BRAÇO E, VÁLIDO, FUNCIONANTE E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. REFERE LEVE ALGIA NO LOCAL AFETADO. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO ORAL E COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS. REALIZO ESCALA DE DE BRADEN (21 PONTOS) E MORSE (20 PONTOS). SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

Francisca Gleiciane Januario Eduardo
ENFERMEIRA
COREN-CE 526048

RESPONSÁVEL ENF. FRANCISCA GLEICIANE JANUARIO EDUARDO - COREN-CE 526048

Paciente
GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Prontuário
153251

Data de Nascimento
14/07/1956

Nome da Mãe
RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS

Idade
63 Anos(s)

Convênio
SUS

Data de Internação
15/12/2019

Sector
CLINICA CIRURGICA

Aposento
ENFERMARIA

Leito
013 - 0002
CRM
6945

Profissional Responsável
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal
S92.5 Fratura de outro antebraço

Diagnóstico Secundário
S92.5 Fratura de outro antebraço
Hora da Alta
09:05

Data de Alta
17/12/2019

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

Conduta / Tratamento Realizado:

TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX PE OU PODODACTILO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Assinatura Paciente/Responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
GERARDO FERREIRA DOS SANTOS			153251/0003	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
14/07/1955	63 Ano(s)	RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS		
Data Internação	Aposenta	Quarto/Leto		
15/12/2019	ENFERMARIA	013/0002		
Profissional Responsável		CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA		6945		
Convênio	Sector	Especialidade		
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA		
Diagnóstico				
S92.5 Fratura de outro antebraço S92.5 Fratura de outro antebraço				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 17/12/2019 10:38:33

PACIENTE RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS REAVALIAÇÃO MÉDICA E MELHORA CLÍNICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO E REALIZADO ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO. ENTREGUE EXAMES PERTENCENTES, REALIZADA ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE SINAIS E SINTOMAS QUE POSSAM SURTIR NA FERIDA OPERATÓRIA, DEVENDO ENTRAR EM CONTATO VIA TELEFONE COM O PESSOAL DA CCIH PARA QUE SE POSSA SER ORIENTADA AS CONDUTAS A SEREM TOMADAS, DE ACORDO COM PANELETO ENTREGUE AO PACIENTE/ACOMPANHANTE.

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL


RESPONSÁVEL: TE JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

Hoşpital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTO CIRÚRGICO

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
Prontuário: 153251
Dt de Atend: 14/12/2019 Dt de Nasc: 14/07/1986
Convênio: SUS
Médico: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES

Admissão: 15/12/19 Horas: 08:10 Cirurgia Proposta: Fratura em 3^o metacarpo a D
Observação: PA 140x50 P 90 SP2 100% DX

Medicação pré-anestésica: ☒ Não ☐ Sim Qual _____

Anestesista: _____

☐ Bloqueio Anestésico ☐ Sedação

Cirurgião: Dr. Fariel 1^o Auxiliar _____

Início da Cirurgia: 10:45 Término da Cirurgia: 11:05

Posição do paciente: ☒ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Lateral

☐ Outra: _____

Soluções Antissépticas:

☐ clorhexidina Degermante

☐ Iodopolidona Degermante

☐ Iodopolidona Tópico

☐ Álcool Iodado

☐ Álcool 70%

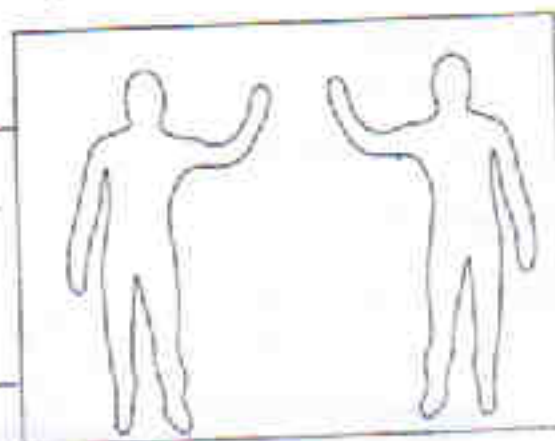
Localização de:

☐ Eletrodos

☐ Incisão Cirúrgica

☐ placa de Bisturi

☐ Drenos



Parto Cesariana RN1^o _____ Hora: _____ Apgar: _____ Sexo: _____ Peso: _____
Apresentação Fetal _____ RN2^o _____

RN Encaminhamento às _____ Para _____

Infusão de: ☐ Concentrado de Hemácias ☐ Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: ☐ Biópsia Laboratório ☐ Outro: _____

Exames durante o transoperatório: ☐ RX ☐ Laboratorial ☐ _____

Cirurgia Realizada: Sutura de fratura do 3º metacarpo a D

Encaminhamento às Unidade de Cuidado Clínico Cirúrgico às 12:00h

com: ☒ Curativo-Tipo oclusivo
☐ Dreno
☐ Imobilizador
☐ Cateter de Oxigênio O2
☐ Cateter venoso central
☒ Cateter venoso periférico MSD
☐ Tubo Endotraqueal
☐ Sonda Vesical
☐ Tampão
☐ Bolsa de Colostomia
☐ Outros
☐ Outros

Observação: _____

Chelonia Lidiara Pires Costa
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1266-105

Assinatura/Carimbo

D



Im: 1/1
Se: 1

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
153251
14/07/1956 M
HOSPITAL SAO LUCAS

D



DADOS DO PACIENTE

PRONOME ALFAB. NOME DO PACIENTE		152251 0005		GERARDO FERREIRA DOS SANTOS		Documento(s)		CPF 042 789 793-98		Data de Nascimento		14/07/1956		Local		TAMBOURICE		Pai		JOSE FERREIRA DOS SANTOS		Endereço		RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN		Município		TAMBOURICE		UF		CE		8899278854		Telefone					
Profissão		AGRICULTOR		Emprego		FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA		CPF do Responsável		Endereço		RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN		Município		TAMBOURICE		UF		CE		8899278854		Telefone		Município		TAMBOURICE		UF		CE		8899278854		Telefone					
DADOS DO ATENDIMENTO		Data Atendimento		31/12/2019		Hora		08:08		Cursivo		SUS		Matrícula		CID		Tipo Atendimento		RETORNO ORTOPEDIA/TRAUMATO		Função		MARTIA MOTA VENANCIO DO VALE		Data de Saída		31/12/2019 10:32		Tipo de Saída		Retorno		Sinais Vitais							
Observação		que valide até o dia 14/01/2020		Data		31/12/2019 10:32		Tipo de Saída		Retorno		Sinais Vitais		Observação		que valide até o dia 14/01/2020		Data		31/12/2019 10:32		Tipo de Saída		Retorno		Sinais Vitais		Observação		que valide até o dia 14/01/2020		Data		31/12/2019 10:32		Tipo de Saída		Retorno		Sinais Vitais	

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

31/12/2019 10:32:16h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

REVISÃO POS OPERATORIA FRATURA DO 3º PÔD.

RX DO E EM AP E P

ETIRAR PONTOS

JAMIL-SANCHEZ/JORJUEIRA-ERM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Inq: _____

Mo@ 19:04 DATA: 14/12/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS: _____

NOME: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS IDADE: 63Nº DO DOCUMENTO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1 / 1 / 1C.R.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1 / 1 / 1 CARTÓRIO: _____NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/07/56EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 92786654 ESCOLARIDADE: _____

RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: MONTES CASTELFILIAÇÃO: RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS2. QUEIXA PRINCIPAL: FX Exposta de 30 mm de3. HISTÓRIA ATUAL: pododucto

4. DIAGNÓSTICO: _____

5. CONDUTA: _____

6. EXAMES SOLICITADOS: _____

7. PA: 130 x 90 mmHg

8. TEMPO: _____

9. PESO: _____

Lucas SatoMédico
CRM-CE: 20.113

Assinatura do Médico

14/12/2019

1) Tamol 100mg + 100ml SFO 9.0% IV 19.00h
Lento

avaliado cl ortop → Sobral

2) SRH 500ml IV 19.00h.

Lucas Menezes Bata
Médico
CRM-CE: 20.113

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Nome do Paciente: _____

Leito: _____ Clínica: _____ Data da Alta: ____/____/____

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Para uma melhor recuperação pós-operatória passamos-lhe algumas orientações quanto a:

- **Medicação Prescrita**

Utilizar a medicação prescrita seguindo corretamente seus horários e doses. Isso fará com que não seja interrompida a ação dos medicamentos, como nos casos dos antibióticos que poderão perder sua eficácia se não usados adequadamente.

- **Edemas (inchaços)**

São comuns após realização de qualquer procedimento cirúrgico, porém com o tempo eles vão melhorando. Em caso de persistir ou aumentar o inchaço mantenha-nos informados.

- **Incisão Cirúrgica**

Lavar sempre com sabão neutro na hora do banho; logo após limpeza com soro fisiológico e gaze, mantendo sempre limpa e descoberta (sem curativo). Em casos de incisões com presença de secreção, fazer a limpeza e colocar curativo.

- Caso seja retirado algum material para biópsia, o paciente será responsável pelo envio para exame e posteriormente marcar retorno via ambulatorial como médico.

ATENÇÃO !!!

Se notar a presença de alguns desses sinais e sintomas como:

- Febre
- Vermelhidão ao redor da ferida operatória
- Presença de secreção purulenta (pus)
- Abertura dos pontos cirúrgicos

Entrar em contato imediatamente com Mara Monise ou Rita de Cássia através do número telefônico 3691-2019. Estaremos disponíveis para melhor lhe atender e orientar no que for necessário.

A sua colaboração é de extrema importância!!!

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) GERARDO FERREIRA DOS SANTOS necessita afastar-se de suas atividades de 15/12/2019 (domingo) até 15/02/2020 (sábado), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S92.5 Fratura de outro artelho

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

Observações

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

CRATEUS - CE, 17 de dezembro de 2019 - 09:09

Jamil S. Jorqueira
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, Crateús - CE

v2019003

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H	500com		-	
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS	60mg	oral	-	

Agendar na Recepção

17 de dezembro de 2019

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H	500com		-	
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS	60mg	oral	-	

Agendar na Recepção

17 de dezembro de 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

Resumo/Sumário de alta

Paciente GERARDO FERREIRA DOS SANTOS			Prontuário 153251
Data de Nascimento 14/07/1956	Nome da Mãe RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS		
Idade 63 Ano(s)	Convênio SUS	Data da Internação 15/12/2019	
Setor CLINICA CIRURGICA	Aposento ENFERMARIA	Leito 013 - 0002	
Profissional Responsável JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM 6945
Diagnóstico Principal S92.5 Fratura de outro artelho		Diagnóstico Secundário S92.5 Fratura de outro artelho	
Data da Alta 17/12/2019		Hora da Alta 09:05	

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

Conduta / Tratamento Realizado:

TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX PE OU PODODACTILO

Plano Pós-Alta:

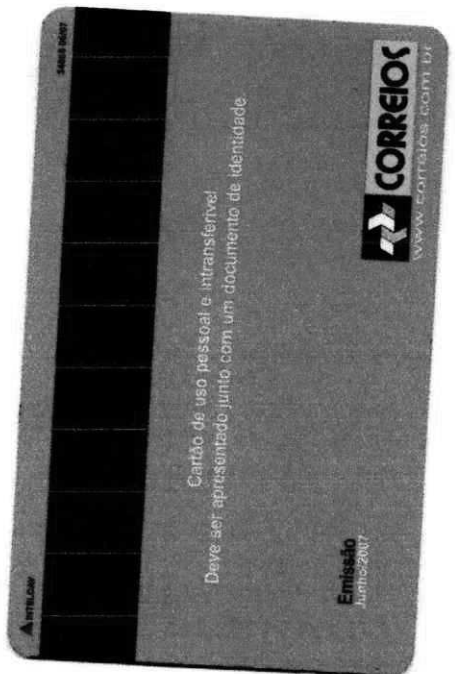
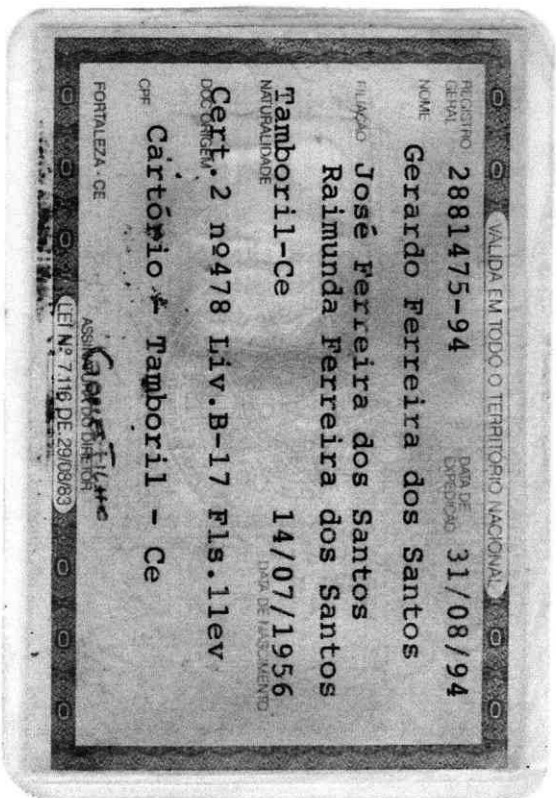
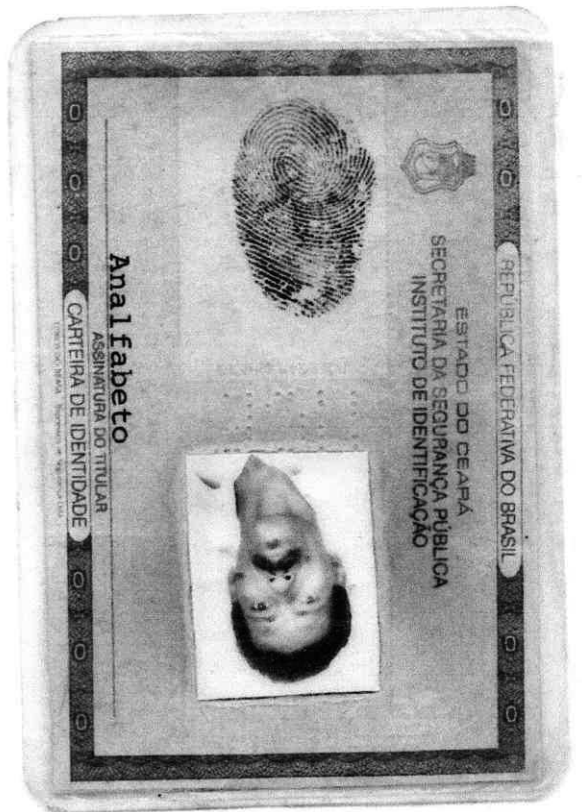
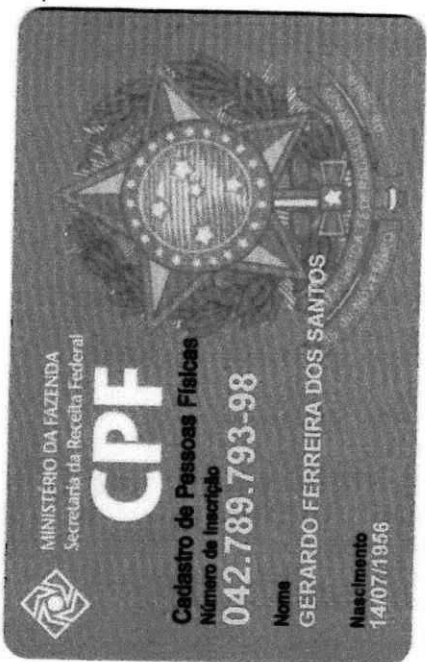
Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort/Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/12/2019 11:30:27**
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**
Nascimento: CPF: **042.789.793-98**
RG: **288147594** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS**
JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: **RUA MANOEL SALUSTIANO**
Bairro: **MONTE CASTELO**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99278-6654**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQW1106 Uf: CE Município: TAMBORIL Chassi:
9C2KD04209R021893 Renavam: 153280832 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: FRANCIMEIRE FARIAS ARAUJO Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

A vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava em sua moto dentro do Estádio prestes a estacionar o veículo, quando parou para que uma senhora atravessasse; QUE veio repentinamente outra moto em sua direção atingindo a sua perna direita; QUE o motorista da moto se evadiu do local sem prestar o devido socorro; QUE seu primo que vinha atrás e viu o ocorrido, socorreu a vítima, levando esta para o Hospital de Tamboril; QUE foi encaminhado para Crateús; QUE em Crateús, a vítima foi submetida a exame de Raio X e no dia seguinte foi realizada uma cirurgia em sua perna. E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

TESTEMUNHA IRANILSON BESERRA VIEIRA (CPF 017.430.763-20)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

QUE conhece a vítima; QUE estava no Estádio quando ouviu um barulho; QUE ao olhar pra trás viu a vítima em sua moto e a moto que colidiu com a vítima saindo desgovernada; QUE a vítima estava dentro do Estádio; QUE viu a vítima lesionada; QUE viu quando um parente da vítima veio em sua direção para prestar socorro. E nada mais disse.

TESTEMUNHA CARLOS ROBERTO ARAUJO DE SOUZA (CPF 008.016.673-30)

QUE é conhecido da vítima; QUE estava no local no momento do acidente; QUE ouviu um barulho e quando olhou viu uma moto vindo na direção contrária a da vítima se evadindo do local sem prestar o devido socorro; QUE viu alguém socorrendo a vítima, mas não sabe identificar quem foi. E nada disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Debora Mendes Amorim Dantas
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria Lidia Bezerra Brilhante
MARIA LIDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

Maria Lidia Bezerra Brilhante
Delegada de Polícia
Mat. 301254-7-9

x Francisco Bezerra Vilela

x Carlos Roberto Araujo de Souza

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVASTIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYDY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

FRANCIMEIRE FARIAS FERREIRA
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francimeire Farias Ferreira
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO
CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO
CPF: 015.447-813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nº do Cliente:

4051034

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

040110520

Rota TL018U01 - 93000
Nome FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA
Endereço MANOEL S MELO, 00000, CONJUNTO JOSE NOTA,
Classificação 3750-000, TAMBORIL
Modalidade de Serviço Baixa Renda
Ligação B1 RESIDENCIAL
Monofásico

Referência 11/2019

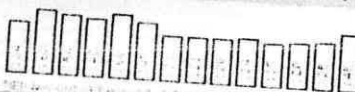
Emissão 26/11/2019
Medidor 1499362 FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 15/10/2019 Atual 26/11/2019 Próxima prevista 26/12/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FI	24.920	24.757	1.00	163	00	163	0,46437	75,79

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	10,12
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,88
PIS COMPL BX RENDA	-	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,14
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-40,25
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	40,25
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,24267	7,28
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,41643	29,15
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,62476	39,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01267	0,38
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,16867	5,06

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,48	27,00	32,80
PIS	121,48	0,04	0,04
COFINS	121,48	0,30	0,37

VENCIMENTO	03/12/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	102,39
CONSUMO CONSCIENTE		CPF/CNPJ	021.632.017-83
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.			
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)	

63,63 ADOE 0,00 LIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 26/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 26/11
SE VOCE RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.789.793-98 4 - Nome completo da vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 042.789.793-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: MANOEL SALVIANO MELLO 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CO-OP-10 JOSE MOITA 12 - Cidade: TAMBORIL 13 - Estado: CEADA 14 - CEP: 63.750-000
15 - E-mail: COMILSONKARYDY@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 184199291-1706

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0739 0 CONTA: 0008248 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

021.632.017-83

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francineire Farias Ferreira
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 141.305.343-91

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: EDMILSON RODRIGUES DE ARAUJO

CPF: 015.447.813-00

Edmilson Rodrigues de Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TAMBORIL-CE, 18 DE DEZEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-ON: 001306979217 NS: 22711283

Data:18/12/2019 Hora de Brasilia:15:41

*** Extrato de Conta Corrente ***

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS 15:41HR
AGENCIA 0739 CTA 000248-1 18/DEZ/2019

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL	0,00
+ CONTA CORRENTE	0,00

TOTAL DE RECURSOS	0,00
-------------------------	------

Ag.Bradesco : 739 - TAMBORIL
Corresp.Banc.:066 - DROGARIA SAO JORGE
NSU: 003959320591 Autenticacao: 012604

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200098354

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000000739-0**

Conta: **000008248-1**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200098354

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

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

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: 12/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00739-0

CONTA: 000000008248-1

Nr. Autenticação

BRABCO120320200500000000002370073900000000824867500 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Número do Sinistro: 3190712456

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Número do Sinistro: 3190712456

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462139/19

Vítima: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 042.789.793-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS : 042.789.793-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 042.789.793-98

GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015038106041
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DIG 1 COD. RENAVAM 153280832 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCINEIRE FARIAS ARAUJO

TAMBORIL / CE

CPF / CNPJ
02163201783

PLACA
NDW1106/CE

PLACA ANT / UF
*****/CE

CHASSI
9C2KD04209R021893

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL
2P/0CV/149CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I	*****	*/**/*	1ª *****
P			2ª *****
V	FAIXA I.P.V.A. ***	PARCELAMENTO / COTAS *****	3ª *****
A			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	80.58	06/06/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL
TAMBORIL

Assinatura do Superintendente de Registro

DATA
05/07/2019

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA

Número
021.632.017-83

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2016127335 - 6	DATA DE EXPEDIÇÃO 29/04/2016
NOME FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA	
FILIAÇÃO MANOEL FARIAS DE SOUSA	
NATURALIDADE MARIA DO CARMO FARIAS	
TAMBORIL - CE	
DOC ORIGEM	
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 0002602 FOLHA: 053EV	
LIVRO: 8-23 TAMBORIL - CE	
P.: 198	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

CÓDIGO DE CONTROLE
B866.F61D.V16D.5A3E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:58:09 do dia 11/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Francineire Farias Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Secretaria Municipal de Saúde - SUS - CE

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Crescimento com felicidade

Nº:

Mo 19:04 DATA: 14/12/19

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº SUS:

NOME: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS IDADE: 63Nº DO DOCUMENTO: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1C.R.: _____ Fis.: _____ LIVRO: _____ DATA DE EMISSÃO: 1/1/1 CARTÓRIO:NATURALIDADE: TAMBORIL PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DO NASC.: 14/07/56EST. CIVIL: CASADO SEXO: M TELEFONE: 92786654 ESCOLARIDADE: _____

RELIGIÃO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: MONTES CASTELFILIAÇÃO: ROSIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS2. QUEIXA PRINCIPAL: FX Exposta de 30 MTF de @3. HISTÓRIA ATUAL: podoductilo

4. DIAGNÓSTICO: _____

5. CONDUTA: _____

6. EXAMES SOLICITADOS: _____

7. PA: 130 x 90 mmHg

8. TEMPO: _____

9. PESO: _____

Lucas SatoMédico
CRM-CE: 20.113

Assinatura do Médico

14/12/2019

1) Tamol 400mg + 100ml SFO 9:00 IV 19:00
Reto

auscult c/ ortop → sobrel

2) SRH 500ml IV 19:00.

Lucas Menezes Bata
Médico
CRM-CE: 20.113

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Nome do Paciente: _____

Leito: _____ Clínica: _____ Data da Alta: ____/____/____

ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO

Para uma melhor recuperação pós-operatória passamos-lhe algumas orientações quanto a:

- **Medicação Prescrita**

Utilizar a medicação prescrita seguindo corretamente seus horários e doses. Isso fará com que não seja interrompida a ação dos medicamentos, como nos casos dos antibióticos que poderão perder sua eficácia se não usados adequadamente.

- **Edemas (inchaços)**

São comuns após realização de qualquer procedimento cirúrgico, porém com o tempo eles vão melhorando. Em caso de persistir ou aumentar o inchaço mantenha-nos informados.

- **Incisão Cirúrgica**

Lavar sempre com sabão neutro na hora do banho; logo após limpeza com soro fisiológico e gaze, mantendo sempre limpa e descoberta (sem curativo). Em casos de incisões com presença de secreção, fazer a limpeza e colocar curativo.

- Caso seja retirado algum material para biópsia, o paciente será responsável pelo envio para exame e posteriormente marcar retorno via ambulatorial como médico.

ATENÇÃO !!!

Se notar a presença de alguns desses sinais e sintomas como:

- Febre
- Vermelhidão ao redor da ferida operatória
- Presença de secreção purulenta (pus)
- Abertura dos pontos cirúrgicos

Entrar em contato imediatamente com Mara Monise ou Rita de Cássia através do número telefônico 3691-2019. Estaremos disponíveis para melhor lhe atender e orientar no que for necessário.

A sua colaboração é de extrema importância!!!

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) GERARDO FERREIRA DOS SANTOS necessita afastar-se de suas atividades de 15/12/2019 (domingo) até 15/02/2020 (sábado), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S92.5 Fratura de outro artelho

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

Observações

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3º PDT

CRATEUS - CE, 17 de dezembro de 2019 - 09:09

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, Crateús - CE

v2019003

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H	500com		-	
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS	60mg	oral	-	

Agendar na Recepção

7 de dezembro de 2019

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 153251/3

Dt./Hr. Impressão: 17/12/2019 09:08

Paciente: GERARDO FERREIRA DOS SANTOS - 63 Ano(s)

Dt. Nasc.: 14/07/1956

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA MANOEL SALUSTIANO MELO, SN, MONTE CASTELO, TAMBORIL - CE - CEP: 63750-000

Prescrição	Dosagem	Via	Quant.	Apres.
1 - LEVOFLOXACINA 500 MG	500com		-	
DCB: levofloxacin Frequência: 24/24 H				
Duração do Tratamento: POR 14 DIAS				
2 - OXOTRON 60MG comp via oral de 12 em 12 horas	60mg	oral	-	
Duração do Tratamento: 1CX Modo de Usar: Interno Frequência: 12/12 H RETORNAR COM 15 DIAS RX DO PÉ E RETIRAR PONTOS				

Agendar na Recepção

17 de dezembro de 2019

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM6945

Resumo/Sumário de alta

Paciente GERARDO FERREIRA DOS SANTOS			Prontuário 153251
Data de Nascimento 14/07/1956	Nome da Mãe RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS		
Idade 63 Ano(s)	Convênio SUS	Data da Internação 15/12/2019	
Setor CLINICA CIRURGICA	Aposento ENFERMARIA	Leito 013 - 0002	
Profissional Responsável JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM 6945	
Diagnóstico Principal S92.5 Fratura de outro artelho		Diagnóstico Secundário S92.5 Fratura de outro artelho	
Data da Alta 17/12/2019		Hora da Alta 09:05	

Motivo da Internação:

LUXAÇÃO EXPOSTA DO 3° PDT

Conduta / Tratamento Realizado:

TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX PE OU PODODACTILO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort/Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

042.789.688-88

Nome
GERARDO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
14/07/1956

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Anal fabeto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
2881475-94

DATA DE
EXPIRAÇÃO
31/08/94

NOME
Gerardo Ferreira dos Santos

FILIAÇÃO
José Ferreira dos Santos
Raimunda Ferreira dos Santos

NATURALIDADE
Tamboril-Ce

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1956

CPF
042.789.688-88

LOCAL DE EMISSÃO
Cartório - Tamboril - Ce

PORTALEZA - CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/63

INSTITUTO BRASILEIRO DE CORREIOS

CORREIOS

Deve ser utilizado em conjunto com o cartão de identificação
para a emissão e a renovação dos serviços

Emissão
Junho 2007

Nº do Cliente:

4051034

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 80135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

040110520

Rota TL018U01 - 93000

Referência 11/2019

Nome FRANCINEIRE FARIAS FERREIRA
Endereço MANOEL S MELO, 00000, CONJUNTO JOSE NOTA,
3750-000, TAMBORIL

Classificação 3750-000, Baixa Renda
Modalidade de Serviço B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásica

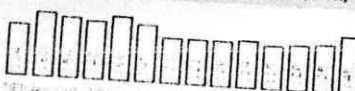
Emissão 26/11/2019
Medidor 1499362 FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior 06/11/2019 Atual 26/11/2019 Próxima prevista 06/12/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FI	24.920	24.757	1.00	163	00	163	0,46437	75,79

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	10,12
ICMS COMPL BX RENDA	-	10,88
PIS COMPL BX RENDA	-	0,02
COFINS COMPL BX RENDA	-	0,14
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-40,25
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	40,25
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,24267	7,28
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,41643	29,15
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,62476	39,36
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01267	0,38
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,16867	5,06

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	121,48	27,00	32,80
PIS	121,48	0,04	0,04
COFINS	121,48	0,30	0,37

VENCIMENTO

03/12/2019

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

TOTAL A PAGAR (R\$)

CPF/CNPJ

102,39

021.632.017-83

63,63 ADOE 0,00 LIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 26/10 - 31/10 Vermelha : 01/11 - 26/11

SE VOCE RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/12/2019 11:30:27**
Data / Hora da Ocorrência: **14/12/2019 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **TAMBORIL/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERARDO FERREIRA DOS SANTOS**
Nascimento: CPF: **042.789.793-98**
RG: **288147594** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA FERREIRA DOS SANTOS**
JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS
Endereço: **RUA MANOEL SALUSTIANO**
Bairro: **MONTE CASTELO**
Município: **TAMBORIL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99278-6654**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQW1106 Uf: CE Município: TAMBORIL Chassi:
9C2KD04209R021893 Renavam: 153280832 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: FRANCIMEIRE FARIAS ARAUJO Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do declarante, sendo ao mesmo informado que a comunicação falsa de crime inexistente é punível na forma da lei (Art 339 e 340 do CPB).

A vítima qualificada compareceu hoje a esta delegacia e informou que no dia e hora supracitados estava em sua moto dentro do Estádio prestes a estacionar o veículo, quando parou para que uma senhora atravessasse; QUE veio repentinamente outra moto em sua direção atingindo a sua perna direita; QUE o motorista da moto se evadiu do local sem prestar o devido socorro; QUE seu primo que vinha atrás e viu o ocorrido, socorreu a vítima, levando esta para o Hospital de Tamboril; QUE foi encaminhado para Crateús; QUE em Crateús, a vítima foi submetida a exame de Raio X e no dia seguinte foi realizada uma cirurgia em sua perna. E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação ficando este cientificado.

TESTEMUNHA IRANILSON BESERRA VIEIRA (CPF 017.430.763-20)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 740 / 2019

QUE conhece a vítima; QUE estava no Estádio quando ouviu um barulho; QUE ao olhar pra trás viu a vítima em sua moto e a moto que colidiu com a vítima saindo desgovernada; QUE a vítima estava dentro do Estádio; QUE viu a vítima lesionada; QUE viu quando um parente da vítima veio em sua direção para prestar socorro. E nada mais disse.

TESTEMUNHA CARLOS ROBERTO ARAUJO DE SOUZA (CPF 008.016.673-30)

QUE é conhecido da vítima; QUE estava no local no momento do acidente; QUE ouviu um barulho e quando olhou viu uma moto vindo na direção contrária a da vítima se evadindo do local sem prestar o devido socorro; QUE viu alguém socorrendo a vítima, mas não sabe identificar quem foi. E nada disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Debora Mendes Amorim Dantas
DEBORA MENDES AMORIM DANTAS - MAT.: 30126009

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x

VISTO DO DELEGADO(A): Maria Lidia Bezerra Brilhante
MARIA LIDIA BEZERRA BRILHANTE - MAT.: 301254-7-9

*Maria Lidia Bezerra Brilhante
Delegada de Polícia
Mat. 301254-7-9*

x Francisco Bezerra Vilela

x Carlos Roberto Araujo de Souza