



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 **WEB1.20.01298140-0** em **29/06/2020 16:30:49**.
- 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 : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0833458-42.2014.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01298140-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Acidente de Trânsito
Data/Hora : 29/06/2020 16:30:49

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2729941_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2729941_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed - 1-4.pdf

Downloads

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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013/620 799

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Rivanildo de SousaPORTADOR(A) DO RG Nº 96027017-111EXPEDIDO POR SSP-CEEM 1 / 1 / ECPF 6417092213-91 / CNPI 0000000000-0000-00PROFISSÃO —E RENDA MENSAL DE R\$ —

(*)

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rivanildo de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL - atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO — AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE —
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1887 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 48556-8

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

LOCAL FortalezaDATA 29, 10, 13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) RIVANILDO DE SOUSA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

IU42
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informacoes Unificadas
Relacao de Contas por N.CAIXA

25/10/2013
13:29:46

N.CAIXA: 70.979.471 RIVANILDO DE SOUSA
CPF : 647.092.213-91 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 02/04/1982
Caixa :

PAG: 01 / 01

S	Conta	Carteira	Dt.Abertura	Segundo Titular
	1887-013-00048556/8	FN 01	03/07/2013	


JAIME ARRAIS S. C. CAMELO
Gerente de Atendimento PP S.E.
Mat. 146725-0
BANQUEIRO
BANCA ECONOMICA FEDERAL

Ultima Posicao: 18/10/2013

Final de Amostragem.

F01-AJUDA F03-RETORNA F04-MENU F07-VOLTA F08-AVANCA F12-FINALIZA

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Ricamildo de SousaPORTADOR(A) DO RG Nº 05287736548 EXPEDIDO POR Detran CE EM 31/10/12 ECPF 647092213-91 /CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ricamildo de Sousa. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta -POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1887 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 013-48556-8

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

LOCAL Fortaleza DATA 25/07/13ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X RICAMILDO DE SOUSA

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FIEL PAI
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

03/07/2013
DATA DE EFETIVAÇÃO: 14:00:00
CONVENIO: 03/07
DEPOSITANTE: 040131/32
20113471

AGÊNCIA: 1087
CONTA: 013.00040556-8
NOME: RIVANTILDO DE SOUSA

VALOR: 10,00

COD. OPERAÇÃO: 020117258

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDORIA
RIA - 0800 725 7474

CAIXA AQUI
E A CAIXA EM TODOS OS BRAS.

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
OUVIDORIA - 0800 725 7474

RECEBIDO EM:
02 001 2013



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 110 - 6619 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **01/07/2013 13:35:56**
Data / Hora da Ocorrência : **22/06/2013 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R SANTO AMARO EM FRENTE AO Nº 390**
PLANALTO PICI FORTALEZA /CE.
Ponto de Referência: **IGREJA UNIVERSAL.**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RIVANILDO DE SOUSA**
Nascimento : **02/04/1982**
RG: **96027017111** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **64709221391**
Filiação: **GEORANILDO DE SOUZA**
LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ
Endereço: **R PLANALTO PICI 480**
PLANALTO PICI
FORTALEZA CE BRASIL

BOLETIM DE OCORRENCIA



Telefone: **85-34962320**

RECEBIDO EM:

1004026

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE QUE SEU FILHO RIVANILDO DE SOUSA, NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO, ESTAVA SOZINHO, CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA, HONDA/CG 125 FAN DE PLACA: OCC-6652/CE, QUANDO PERDEU O CONTROLE, APÓS SER "FECHADO" POR UM AUTOMÓVEL, VINDO A SE CHOCAR COM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, MOMENTO QUE PERDEU A CONSCIÊNCIA; QUE AFIRMA QUE "RIVANILDO" FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE, LEVADO INICIALMENTE AO HOSPITAL "FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA", E POUCO DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL UF-CENTRO DEVIDO AS GRAVIDADES DAS LESÕES, ONDE VEIO A FICA INTERNADO DURANTE 5(CINCO) DIAS, VINDO A TER ALTA MÉDICA NO DIA 27/06/2013; E NADA MAIS DISSE X-X-X-X-X-X

Notificante(s)

Nome : **LUCIA DE FÁTIMA MARREIRO CRUZ**
Endereço : **R PLANALTO DO PICI 480**
Bairro : **PLANALTO PICI 60511330**
Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL** Telefone: **4962320**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 198206-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Lucia de Fátima Marreiro e Cruz*

VISTO DO DELEGADO(A):

[Assinatura]
Carissimo

Page 1 of 1

1. The purpose of this document is to provide information regarding the activities of the [redacted] in the [redacted] area. This information is being provided for your information and is not to be used for any other purpose.

Page 2 of 2

2. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area.

Page 3 of 3

3. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area.

Page 4 of 4

4. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area. The [redacted] has been identified as a [redacted] and is currently active in the [redacted] area.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rivarildo de Sousa
RG nº 05287736548, data de expedição 31/10/12 Órgão Detran CE
CPF nº 647092213-91, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de
terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Planalto do Pici</u>
Número	<u>480</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Pici</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 8880.2209</u>
E-mail	<u>celiamoraes1984@gmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, 25 de julho de 2013

Assinatura do Declarante: RIVARILDO DE SOUSA

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

Nº DO CLIENTE
1072724-8

coelce

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

Rua Padre Valdomiro, 150 - CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-73 CCF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pelo
Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) SÉRIE B-41N

Rota 15 01240 09 014500 - 7 Data de Emissão 21/05/2013

Nome LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ

End. Postal RU PLANALTO DO PICI 00480

PICI - FORTALEZA - 60000000

Medidor 5576860

Poste 1217 M95T

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 318516063-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Período de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Mai/2013	21/05/2013	20/06/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto FIC
Mês Mai/2013 EUSO 18,04
DICI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
35,99	27,00%	9,71

Padrão Individual

Padrão Individual			Apuração Individual		
Atual	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC 5,13	10,33	20,77	1,83	1,80	1,93
FIC 3,23	6,47	12,95	1,08	1,00	1,00
DMIC 2,94			1,80		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

RTIE, 480P, 00F4, 555A, 01N1, 0000, 0000, 0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
20077	19995	1,00	78	0,00	78	0,46140	35,99
21-05-13	20-04-13		31 DIAS		78		35,99

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	35,99
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,69
BONUS ITAIPU ART. 21 DA LEI 10.438/2002	-6,75
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL 85 3487 6671	25,00
DOACAO HOSP BATISTA - TEL 85 3194 7710 15/99	5,00

1223 092010P71334026 18140902XXXXXX61.93 15 24/05/13

VENCIMENTO 05/06/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,93

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,87
Transmissão	8,31
Distribuição	6,77
Emprego Setorial	1,56
Tributos (ICMS PIS COFINS)	14,99
TOTAL	35,99

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

109	78	86	106	115	113	106	164	125	100	116	97	04
-----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----

importante

A COELCE AUMENTA E DIMINUI O VALOR DA FORTALEZA NOS SEUS INDIADORES.
A ANEEL APROVOU UM AUMENTO MÉDIO DE 0,92% NOS TARIFAS DA
COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 02 DE ABRIL, CONFORME RESOLUÇÃO
DO MONITORAMENTO NÚM. 1516 DE 16 DE ABRIL DE 2013.

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

Consta desta fatura R\$ 0,25 referente a PIS e COFINS

HDEAM-Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

TRAUMATO NOTURNO
49

REGISTRO Nº
13.059263

PACIENTE
RIVANILDO DE SOUSA
TELEFONE _____ SEXO ☒ MASC. ☐ FEM. ☐ OUTROS
CNS
NATURALIDADE
FORTALEZA
DATA NASCIMENTO 02/04/1982 IDADE 31a DOCUMENTO Identid 000000000000000000
MÃE
LUCIA DE FATIMA MARREIRO CRUZ
BAIRRO PLANALTO PICI CIDADE FORTALEZA U.F. CE
EMERGÊNCIA I ☐ ADULTO ☐ PEDIATRIA ☐ TRAUMATOLOGIA ☐ OUTROS
MOTIVO DO ATENDIMENTO _____ DATA DO ATENDIMENTO 23/06/2013 HORA 00:24
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES
1 ☐ RAO X 2 ☐ ULTRASOM 3 ☐ TOMOG COMP 4 ☐ SANGUE 5 ☐ URINA 6 ☐ ECG ☐ OUTROS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
Dd, / 700 mmHg
AD. 10 SA
CÓDIGO 301010072
Dr. André Costa Matos Lima
ASSINATURA

DATA / HORA / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS
CRM - 10095
CÓDIGO 041204016-6
Dr. André Costa Matos Lima
ASSINATURA
DATA 23/06/13 HORA 02
CÓDIGO _____ DATA _____ HORA _____
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

PRESCRIÇÃO	ENFERMAGEM
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR	
*10040	
02 OUT 2013	

OBSERVAÇÃO: (ATE 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: _____
PARA ÓBITO
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO DATA E HORA DO ÓBITO: _____
DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

RETORNO NO AMBULATÓRIO
DE CURA EM 15 DIAS
MONUM NO SPA 32555185



Fortaleza ④

RESUMO DE ALTA

Nome: RIVANILDO DE SOUSA		Reg/Prontuário: 5220799
Data Nascimento: / /	Profissão:	Procedência:
Estado Civil:	Sexo: M	Naturalidade:
Clínica: CURADOR GEMEL	Enfermaria: 18	Leito: 1801
Data/Hora Admissão: 23/06/13 às		Data e Hora Alta: às

1. Motivo de Alta: 1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado 1.3. Inalterado 1.4. A pedido 1.5. Internado p/ diagnóstico 1.6. Administrativa 1.7. Por Indisciplina 1.8. Evasão 1.9. Compl. trat. ambulatorial	2. Motivo de Permanência: ☒ 2.1. Por caract. próprias da doença 2.2. Por intercorrência do procedimento 2.3. Por motivo social 2.4. Por doença crônica 2.5. Por impossib de vivência familiar 2.6. Outra internação (outro diagnóstico)	3. Transferência: 3.1. Tisiologia 3.2. Psiquiatria 3.3. Clínica Médica 3.4. Cirurgia 3.5. Obstetria 3.6. Berçário 3.7. Pediatria 3.8. Isolamento 3.9. Outros
---	---	--

4. Óbito COM Necrópsia: 4.1. <48h paciente internado em estado agônico 4.2. <48h Paciente NÃO Internado em estado agônico 4.3. Internado após 48 h 4.4. Óbito da parturiente com permanência do RN	5. Óbitos SEM Necrópsia: 5.1. <48h paciente internado em estado agônico 5.2. <48h paciente NÃO Internado em estado agônico 5.3. Internado após 48 h 5.4. Óbito da parturiente com permanência do RN
---	--

6. Alta por Reoperação: 6.1. Em politraumatizado com < 24 h da 1ª cirurgia 6.2. Em Politraumatizado com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.3. Em politraumatizado com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.4. Em politraumatizado com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.5. Em cirurgia de emergência com < 24 h da 1ª cirurgia 6.6. Em cirurgia de emergência com 24 a 48 h após a 1ª cirurgia 6.7. Em cirurgia de emergência com 48 a 72 h após a 1ª cirurgia 6.8. Em cirurgia de emergência com > 72 h após a 1ª cirurgia 6.9. Em parturiente com permanência do RN.	RECEBIDO EM: 02 OUT 2013
--	---

RESUMO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA:
 PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMAS (SUJEITO DE MORTALIDADE) EM MENINO
 A ORNAR COM FÉLIX A @ CURANDO SEM NO POS-OPERTM

DIAGNÓSTICO INICIAL: *FILUM ARCO CERVICAL EM HTD.*

TERAPIAS E ACHADOS CIRÚRGICOS (Datas, Códigos dos Procedimentos, Achados):
 - RESUMO ORNAR COM FÉLIX EM SEW D'OBIA EM HTD



Rivoniloo de Rousso

Rx ① Nimmuruso 100g 01 ex
01 ep, 10, 12/12L

② DnociL 10g 01 ex
01 ep, 5/2 8/8L

Dr. Charles Samir M. Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC - CE 14474
FEOT 12676

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
www.uniclinic.com.br, - uniclinic@uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

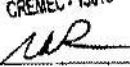
RECEITUÁRIO

Nome: Riversonildo de Siqueira BE/Prontuário: _____

Avaliação e/otomotoaudiologista
Ist: Polinormotismo e/ dor, dego, otal-
grô bilatero

Marcus Venícios M.F. Recamonde
Médico - Residente Cirurgia Geral
CREMEC - 13010

Data: 27/07/17


Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.603 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

RECEBIDO EM:

02 JUL 2013

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: **Instituto de Oftalmologia e Otorrinolaringologia de Fortaleza**

CNPJ: _____ UF: **CE.**

Endereço: **Av. Desembargador Moreira, 2649
Dionísio Torres**

Cidade: **Fortaleza** UF: **CE.**

Telefone(s): **(85) 4011.2828 / 4011.2833**

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria

2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: **Alvarello da Gama**

Endereço: **A. Alvarado Pici 480.**

Prescrição: **- LB OTC -**

Droga - CLAU (875/125mg) 2 comp!
1 comp. 12/12 horas por 10 dias.

Data: **29/06/10**

Dr. Arthur Bastos
Otorrinolaringologista
CRM 11759

Carimbo ou Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone(s): _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data _____

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013



AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA

Reg. geral _____

Reg. de Amb. _____

Reg. Radiológica _____

Nome Renato de Souza

Diagnóstico Ex fratura de Ulna @ 1/3 distal

Data 23/6/13 Médico Dr. Maximiano

Auxiliar Dr. Lúcio

Redução sob Anestesia φ

Realizada _____ após acidente

Dr. Sidney Torres Vieira Jr
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 13556

RECEBIDO EM:
02 OUT 2013



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ENCAMINHAMENTO

DO: SERVIÇO SOCIAL:

DATA: 25 / 06 / 2013

PARA: INSS - Agendou auxílio-doença pelo fone 135

RUA: para Rivaldo de Sousa

SOLICITAÇÃO: Documentos: Xerox e original da identidade e CPF;
certidão profissional; comprovante de residência; atestado
médico; requerimento de benefício por incapacidade preenchido
pela empresa; PIS; Xerox e original da certidão de
nascimento dos filhos menores. Por entrega no posto do
INSS no 16º dia de pagamento do trabalho.

Ficha Social 1.000.00.00

[Assinatura]

Assistente Social - CRASS

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013



1004032

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE
Nº 010396828474
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA ANT. 01 0032604300
RATIFIC. 0000000000
EXERCÍCIO 2013

LUCIA A. DE F. ALMEIDA CRUZ
FORTELEZA / CE

31851606300
0006652/CE

PLACA ANT. 01 0032604300
RATIFIC. 0000000000
EXERCÍCIO 2013

FAS/MOTOC 010396828474
GASCOLINA

HONDA/EG 125 FAN KS
ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP/POT/CL 2P/OCV124CC
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PREIA

1. COTA ÚNICA
2. COTA ÚNICA
3. COTA ÚNICA

V. FASA (PVA) PARCELAMENTO / COTAS
A. COTA ÚNICA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 1,11
PRÊMIO TOTAL (R\$) 292,201
DATA DE PAGAMENTO 09/04/2013

FORTELEZA

2/04/2013

CE Nº 010396828474 BILHETE DE SEGURO DPVAT

31851606300
0006652

PLACA 0006652

CE Nº 010396828474

01 31851606300
0006652

PLACA 0006652

HONDA/EG 125 FAN KS

ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP/POT/CL 2P/OCV124CC

CATEGORIA PARTIC

PRÊMIO TARIFÁRIO 1,11

PRÊMIO TOTAL 292,201

DATA DE EMISSÃO 09/04/2013

FORTELEZA

2/04/2013

09/04/2013

09/04/2013

RECEBIDO
02 OUT 2013

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

02-OCT-2013

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rivanildo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 05287736548 e inscrito no CPF/MF sob o nº 647092213-91 residente e domiciliado na Rua Planalto do Pici, 480 - Pici Cidade Fortaleza Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

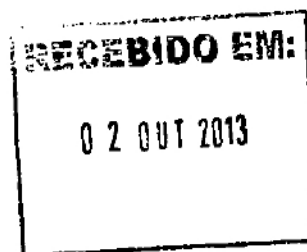
OUTROS

1094054



RIVANILDO DE SOUSA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Fortaleza, 25 de julho de 2013

Local e data

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DECLARAÇÃO

Eu, Rivanildo de Sousa portador da carteira de identidade nº 05287736548 e inscrito no CPF sob o nº 647092213-91 Residente e domiciliado na Rua Plomatto do Pici, 480 - Pici Cidade: Fortaleza, Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar; PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUÍDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital HIDEAM Data da entrada: 23/06/13, Data da saída: 23/06/13.

Localizado em; Fortaleza

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRURGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro Dpvat (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento do meu pedido de indenização do seguro Dpvat, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação enviada.

Concordo desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art.3º da Lei nº 6.194/74.

RIVANILDO DE SOUSA

Assinatura do Declarante

Fortaleza, 25 de julho de 2013

Local e Data

RECEBIDO EM:

02 OUT 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013620799**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** RIVANILDO DE SOUSA**Data do acidente:** 22/06/2013**Emissor do parecer:** Marcio Stolerma**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 52601178

PARECER

Data da análise: 19/10/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: trauma torácico direito com fraturas de arcos costais e drenado, fratura de clavícula direita

Resultados terapêuticos: debilidade

Sequelas permanentes: limitação funcional

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: estrutura torácica 25% ombro direito 50%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: márcio

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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	100	1	25
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 5.062,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RIVANILDO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000048556-8

Nr. da Autenticação 7DAA40FD6495000D

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RIVANILDO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000048556-8

Nr. da Autenticação 7DAA40FD6495000D