



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 **WSNP.20.00166082-9** em **25/06/2020 13:00:31**.
- 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 : Senador Pompeu
Processo : 0050097-51.2020.8.06.0166
Protocolo : WSNP.20.00166082-9
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 25/06/2020 13:00:31

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* : 2730632_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2730632_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf
Documentação : 2730632_CONTESTACAO_Anexo_02 - 13-23.pdf
Documentação : 2730632_CONTESTACAO_Anexo_02 - 24-34.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](#)

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



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

PROCESSO: 00500975120208060166

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 **MAJELO SILVA DE MOURA**, 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 **15/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/10/2019**.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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.

DO MÉRITO

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 da 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, CPC³.

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“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)

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.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **15/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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; e

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴RECURSO 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 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 HOUE 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.

⁵**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.”

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 citação⁶.

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 ação⁷

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

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 Súmula 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.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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

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.

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,

SENADOR POMPEU, 22 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; **JOSELAINE 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 **MAJELO SILVA DE MOURA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SENADOR POMPEU**, nos autos do Processo nº 00500975120208060166.

Rio de Janeiro, 22 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190594719

Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAJELO SILVA DE MOURA

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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190594719

Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MAJELO SILVA DE MOURA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190594719

Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAJELO SILVA DE MOURA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MAJELO SILVA DE MOURA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000049085-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 795.704.373-91 4 - Nome completo da vítima: Maíla Silva de Moura

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

5 - Nome completo: Maíla Silva de Moura 6 - CPF: 795.704.373-91
7 - Profissão: Agrônoma 8 - Endereço: Av. Agostinho Alves Branca 9 - Número: 745 10 - Complemento: DT. Lódia
11 - Bairro: DT. Lódia 12 - Cidade: Senador Pompeu 13 - Estado: Roraima 14 - CEP: 63.600-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (88) 99972-3424

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: 0754 CONTA: 20897 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 as fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 privity 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Senador Pompeu - 17/10/2019

* Maíla Silva de Moura
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Moura

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2019741845



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1326 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2019 09:22:27**
Data / Hora da Ocorrência: **15/06/2019 16:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR KM 21 - SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência: **PERTO DO CODIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MAJELO SILVA DE MOURA**
Nascimento: **28/08/1975** CPF: **795.704.373-91**
RG: **300947996** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ESTELA SILVA BEZERRA**
JOSE ADELÍDIO MOURA
Endereço: **SITIO CODIÁ, 745**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8118-7616**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HWI6675 Uf: CE Município: MILHA Chassi: 9C2JC30101R024402 Renavam: 761984372 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS Ano Fabricação: 2000 Ano Modelo: 2001 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: JOSE ELIEUDO BEZERRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava conduzindo a motocicleta acima mencionada e estava saindo da Cidade de Milha em direção a Senador Pompeu-CE, Que chegando próximo a vila nova a vítima colidiu com uma motocicleta que estava parada dentro de uma curva, Que a vítima não teve como desviar pois estava muito próximo vindo a cair no solo, Que a vítima relata que não aconteceu nada de grave com a outra condutora da motocicleta que foi apenas escoriações, Que a vítima não conseguiu se levantar pois estava sentindo fortes dores no seu direito, que foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Senador Pompeu; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas o Senhor JOSÉ ELIEUDO BEZERRA e o Senhor FRANCISCO CELIO NOGUEIRA FERNANDES, conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.,

Heider Bezerra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat: 300.820-1-X

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
Impresso nº 2019741845



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1326 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]

VISTO DO DELEGADO(A) :

HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

[Signature]
Helder Beserra dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 300.820-1-X

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:
7061021

3 - Nome do Estabelecimento
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:
7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
MAJELO SILVA DE MOURA

6 - Nº do Prontuário
15716

7 - Cartão Nacional de Saúde
160555640500005

8 - Data de Nascimento
28/08/1975

9 - Sexo
Masculino

10 - Nome da Mãe
MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

11 - Telefone de Contato
(88) 3449-4041

12 - Endereço (Rua, Bairro)
AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Número
SN

13 - Município de Residência
SENADOR POMPEU

14 - Cód. IBGE

15 - UF
CEARÁ

16 - CEP
63600-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM. RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA. INDICO CIRURGIA. INTERNO. ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicação.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico inicial
S52

21 - CID10 Principal
S52

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica
CLÍNICA

27 - Caráter da internação

28 - Documento
CPF

29 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

30 - Nome do profissional solicitante / assistente
PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

31 - Data da Solicitação
16/06/2019 19:27:00

32 - Assinatura e carimbo
Pedro Braga Linhares Garcia
CRM 14403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente de trabalho típico

35 - () Acidente de trabalho trajeto

36 - CNPJ da seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

42 - Vínculo com a

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador
CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão
7061021

49 - Nº da autorização de internação hospitalar

45 - Documento
CPF

46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente
Cristiano Oliveira Rabelo
Diretor e Professor Assistente
CRM 8569

47 - Data da
16/06/2019 19:

48 - Assinatura e carimbo



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 575431607

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 21 14003 12 086000 - 7 Medidor 10558171 Poste 0000

Nome MAJELO SILVA DE MOURA

Endereço Postal AV AGOSTINHO ALVES BEZERRA 00745 - DT COCITA -

SENADOR POMPEU CEP 63600-000

End. da Unidade AV AGOSTINHO ALVES BEZERRA 00745 - SENADOR POMPEU
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 795704373-91

CGF

Classe RURAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

8229827

12/07/2019

48,19

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 16785 Leitura Anterior 16754 Constante 1 Consumo (KWh) 41 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fiel 41

DESCRIÇÃO DA CONTA

	31/05/19	30/04/19	31
VALOR CONSUMO DO MES	41	0,42781	17,54
CORR. SALDO FATURA ANTERIOR			30,65

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 28/06/2019

Próx. Próxima Leitura 28/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8995.0535.2E13.0ESD.9C7B.CE82.6FAF.CBCC

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	9,41
Transmissão	0,74
Distribuição	5,52
Encargos Setoriais	1,25
Tributos [ICMS PIS/COFINS]	0,62
Total	17,54

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto SENADOR POMPEU
Mês ABR/2019 - EUSD 6,53
Mês DICRI = 0,00 F

	Padrão Individual	Apuração Individual
	Mensal	Trim. Anual Mensal Trm. Anual
DIC (h)	10,44	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
FIC (uh)	7,52	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
DMIC (h)	5,58	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
16	0	0%

*PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*
Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NÃO É POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MENSAL/LEIT. BIMESTRAL-ART 69-RSD
Consta desta fatura R\$ 0,62 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:
0,64% e COFINS: 2,08%. [Art. 9 Rax. 100/2006 - ANEEL e leis n.
10.637/02 e 10.833/03]

Nº do Cliente: 8229827

Nº da Nota Fiscal: 575431607

Total a Pagar (R\$): 48,19

Data de Emissão: 06/06/2019

Referência: JUN/2019

Nº de Controle: 0006229827 00026 40272 05

83630000000-4 48190031000-6 00082298270-8 00264027205-6



Clínica Senador

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira

CRM 2332

Praça da Juventude S/N

Senador Pompeu - CE

Laudo Medico

Nome:

MARCELO SILVA DE MOURA

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vítima de acidente de trânsito

em 15/06/19 onde foi socorrido ao hospital DE SENADOR POMPEU com

Diagnosticado de FRATURA DO PUNHO DIREITO

Onde o mesmo foi submetido a tratamento (☒) clínico, (☒) cirúrgico (☐) fisioterapia, complementado com IMOBILIZAÇÃO GIPSADA recebendo

alta definitiva em 27/08/2019, evoluindo com sequela e dano irreversível de

20 % mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em POUNHO DO PUNHO

Senador Pompeu 14/01/2019

Miguel Franco Fernandes Vieira
Médico CRM 2332

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira
Cremec 2332

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

ATA: 15/06/19

HORÁRIO: 16:47

ATENDIMENTO Nº: 59

DOS DO PACIENTE:

NOME: MARCELO SILVA DE MOURA
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28/08/75 IDADE: 43 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NOME: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA SUS: 160555640800005
NATURALIDADE: SENADOR POMPEU PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: CODA BAIRRO: 2. XIZIL CEP: 63600-000
CIDADE: SENADOR POMPEU ESTADO: CEARÁ TELEFONE: 3449-4041
IDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO () 17096659494

PA: X mmHg SPO2: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

DA: DUT Ictericos, ictericos de 11 dias, com TAPALMA
fui posto em ponto e não respondeu. Não
gostou de examinação.

DIAGNOSTICO:

RESCRIÇÃO:

1) Voltaram a fazer Inj. 17:30
2) PA:
3) Involuntária

Dr. Marcelo Nogueira
Médico
RM: 15549
COLUCCI DA ENFERMAGEM

Carimbo Ass. do Médico

Ass. do Técnico(a)

Conferir original
02/08/19
dlh

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE



PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 18/06/2019 HORÁRIO: 15:30 ATENDIMENTO Nº: 244

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Marela Silva de Moura
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 18/08/75 IDADE: 42 ESTADO CIVIL: Solteira
MÃE: Marcia Estela Silva Bezerra SUS: 110995640500005
NATURALIDADE: Genésio - Ceará PROFISSÃO: Agricultor
ENDEREÇO: rua BAIRRO: Distrito CEP: 63600000
CIDADE: Sen. Pompeu ESTADO: CE TELEFONE: 3449-4041
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: 90 X 120 mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg GLS: _____ HGT: _____ Alergia: nao

QP: HAS + DCM
HDA: _____

DIAGNOSTICO: _____

PRESCRIÇÃO:

1) Paracetamol 01 fa: EV 16:20
2) Clonazepam 1mg + 1004 Sfer 16:20
3) Clonazepam 25g 01 fa 16:20

Carimbo Ass. do Médico

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM: 18149

Ass. do Técnico(a)

Lucas Venâncio Frutuoso

Ass. do Técnico(a)

TEC

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

conferido original
02/08/19
clm

Marela Silva de Moura
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



Uma instituição sem fins lucrativos
Apoio à Gestão em Saúde

Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE





GUIA DE TRANSFÊRENCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº 15850004291

DISTRITO SANITÁRIO: 8ª CREAS MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU - CE

NOME: Maylo Situa de Moura

SEXO: M (☒) F (☐) IDADE 43a OCUPAÇÃO Agricultor

ENDEREÇO: Rodovia

BAIRRO Z. Rural

CEP: 63.600-000

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

PT VITIMA DE ACIDENTE MORTAL, COM
TRAUMA DE PUNTO DUREZA, COM FRATURA

RESULTADO DO EXAMES

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

fratura de punho direito

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

Dr. Marcelo Nogueira
Médico
CRM: 16149

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL (☐)

HOSPITALAR (☐)

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO (☐)

PROCEDIMENTO:

PROFISSIONAL

TRAUMATO

UNIDADE DE REFERÊNCIA

DATA

HORA

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA

MUNICÍPIO

PRONTUÁRIO Nº

ALTA

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO

RESULTADO DE EXAMES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CID

SECUNDÁRIO 1

CID

SECUNDÁRIO 2

CID

CONDUTA REALIZADA

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM (☐) NÃO (☐)

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

ASS. DO ENCAMINHANTE REG.

FUNÇÃO

DATA

HORA

UTILIZAR TAMBÉM COMO RESUMO DE ALTA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS

2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO, ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA A UNIDADE DE ORIGEM.



RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO

Paciente: 015716 - MAJELO SILVA DE MOURA

Sexo: Masculino Idade: 43 ano(s) 9 mes(es) e 19 dia(s)

Data de Nascimento: 28/08/1975

Nome da Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

Endereço: AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Num: SN

Bairro: CODIA

Cidade: SENADOR POMPEU

CEP: 63600-000

UF: CEARÁ

Leito Atual: CLÍNICA TRAUMATO-ORTOPÉDICA,06.424

ANAMNESE

Queixa Principal

DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM

HDA

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM. RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA. INDICO CIRURGIA. INTERNO. ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

ANTECEDENTES

Patológicos Progressos

HAS

Familiares

*** Não Informado ***

Sociais

*** Não Informado ***

EXAME FÍSICO

Estado Geral

BOM

Respiratório

SEM ALTERAÇÕES

Cardiológico

SEM ALTERAÇÕES

Abdominal

SEM ALTERAÇÕES

Neurológico

SEM ALTERAÇÕES

Extremidades

DEFORMIDADE EM MSD

Outros

*** Não Informado ***

GLASGOW

Resultado:

DIAGNÓSTICOS

Princip	Confirmad	Código	Descrição
Sim	Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Pedro D. Linhares Garcia
Traumato-Ortopedia
CRM 13211 SBOT 14403



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MAJELO SILVA DE MOURA
Endereço AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA
Bairro: CODIA
CEP: 63600-000 Num: SN
Idade 43 ano(s) 9 Prontuário 15716
UF: CEARÁ Sexo Masculino
Cidade SENADOR POMPEU

Localização
Clínica CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06 Leito 424
Internação 16/06/2019 19:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO, AFEBRIL, FO LIMP E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL, USAR TALA GESSADA ATÉ SEGUNDA ORDEM, CUIDADOS COM CURATIVO (3/3DIAS); MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (MAO/ DEDOS/ OMBRO); RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (03 SEMANAS) (ÀS 13:00h).
CITO RX DE CONTROLE PARA RETORNO

Exames

RX

Terapêutica

CIRURGIA: PLACA, PARAFUSO E FIO DE K

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de

Melhorado

Data Programada da 27/06/2019

Observações Complementares

* Informado *

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
17749

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 25/06/19 22:02

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA
Prontuário: 15716
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL
Cirurgião: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO
1º Auxiliar: GLAUTER CARLOS FELIX
Enfermeiro: CARLA ATECIA BARBOSA COSTA
Instrumentador: ANTONIA ROSINETE DE LIMA MACIEL

Dt. Nascimento: 28/08/1975
Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01
Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA
2º Auxiliar:
Circulante: HORTENCIA DOS SANTOS GOMES

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO	S

Diagnóstico pré-operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico:
INTENSIF DE IMAGEM

Contagem Compressas e Instrumental:

Antes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Limpa

Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

1. PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTÉSICO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
3. ACESSO CIRÚRGICO VOLAR AO RÁDIO DISTAL + DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
4. REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL + FIXAÇÃO INTERNA COM UMA PLACA VOLAR EM T 3,5MM OBLÍQUA (3X3) + 03 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM
5. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER 1,5MM DE FRATURA COMINUTA DO PROCESSO ESTILOÍDE DO RÁDIO
6. CONTROLE RADIOGRÁFICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
7. SÍNTESE POR PLANOS ANATÔMICOS
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. TALA GESSADA AXILO-PALMAR EM SUPINAÇÃO
10. ENCAMINHADO À SR EM BEG

Data 25 | 6 | 19


Dr. Glauber C. Felix
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC - 14059

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:
7061021

3 - Nome do Estabelecimento
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:
7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
MAJELO SILVA DE MOURA

6 - Nº do Prontuário
15716

7 - Cartão Nacional de Saúde
160555640500005

8 - Data de Nascimento
28/08/1975

9 - Sexo
Masculino

10 - Nome da Mãe
MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

11 - Telefone de Contato
(88) 3449-4041

12 - Endereço (Rua, Bairro)
AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA

Número
SN

13 - Município de Residência
SENADOR POMPEU

14 - Cód. IBGE

15 - UF
CEARÁ

16 - CEP
63600-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

ALEGA DOR NO PUNHO D APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM. RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DESVIADA. INDICO CIRURGIA. INTERNO. ORIENTO SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS.

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicação.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico inicial

S52

21 - CID10 Principal

S52

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica

CLÍNICA

27 - Caráter da internação

28 - Documento

CPF

29 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

30 - Nome do profissional solicitante / assistente

PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

31 - Data da Solicitação

16/06/2019 19:27:00

32 - Assinatura e carimbo

Pedro Braga Linhares Garcia
Traumato. Ortop. 350114403

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente de trabalho típico

35 - () Acidente de trabalho trajeto

36 - CNPJ da seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

42 - Vínculo com a

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão

7061021

45 - Documento
CPF

46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

47 - Data da
16/06/2019 19:

48 - Assinatura e carimbo

CRM 8569

49 - Nº da autorização de internação hospitalar

SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 15716 Nome: MAJELO SILVA DE MOURA
Sexo: Masculino Data Nasc: 28/08/1975 Idade: 43 ano(s) 9 mes(es) e 19 dia(s)
Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA Clínica: CLÍNICA TRAUMATO-ORTOPÉDICA

SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não Data: 27/06/2019 10:59 Protocolo: 357247
Exame: RX PUNHO D AP/P (0204040124)
Complemento:

Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO
Indicação:
RETORNO AMBULATORIO
Observação:

PROGRAMAÇÃO

Data: Hora: Usuário:
Referência:
Justificativa:
Justificativa Pendência:

REALIZAÇÃO

Data: Usuário:
Data do Laudo: Usuário que realizou:
Situação: Pendente
Justificativa Realização:
Justificativa Baixa: Usuário:

CANCELAMENTO

Data: Usuário:
Justificativa:

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
15246

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA
Prontuário: 15716
FISIOTERAPIA DE PUNHO D
REABILITAÇÃO DE FX DE PUNHO D
GANHO ADM
ANALGESIA

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO
13246CRM

Dr. Fco. José Frota Prado
CRM: 13246
Fisioterapia

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA
Prontuário: 15716
FISIOTERAPIA DE PUNHO D
REABILITAÇÃO DE FX DE PUNHO D
GANHO ADM
ANALGESIA

Data: 08/08/2019

FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO
13246CRM

Dr. Fco. José Frota Prado
CRM: 13246
Fisioterapia

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA

PRONTUÁRIO:

1) Maxsulid 400-----1cx
01 comp 12/12h

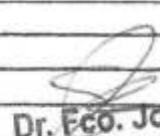
2) CEFALEXINA 500.....28comp
Tomar 01comp, via oral, de 06/06H
6h - 12h - 18h - 24h


Dr. Fco. José Prota
Ortopedia e Traumatologia
13246

DATA:

27/06/19

MÉDICO | CREMEC

 HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL	  INSTITUTO DE SAÚDE GERIÁTRICA E HEMATOLOGIA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
NOME COMPLETO: _____ Hospital Regional do Sertão Central CRM: _____ UF: CEARÁ ENDEREÇO: _____ Rodovia CE km 198 Est do Algodão TELEFONE: [] _____ 63.800-000	
1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE	
PACIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA 0 ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão PRESCRIÇÃO 1) NOVOTRAM 50mg.....1cx Tomar 01comprimido, via oral, de 8/8h se dor forte  Dr. Edo. José Frota Ortopedia e Traumatologia 13246 ____/____/____ DATA 27/06/19 ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Identidade: _____ Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ ASS. FARMACÊUTICO DATA

FOLHA DE REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 15716

Data da 16/06/2019

Paciente: MAJELO SILVA DE MOURA

Data 28/8/1975 Naturalidade: SENADOR POMPEU Código Internação: 45295

Idade: 43 a Sexo: Masculino Cor: Parda

Identidade: 300947996 CPF: Nacionalidade: Brasileira

Fone 01: (88) 3449-4041 Fone 02: () Ocupação: AGRICULTOR(A)

Endereço AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA Num: SN Comp

Bairro CODIA Cidade SENADOR POMPEU Estado: CEARÁ CEP: 63600-000

Situação Familiar: Convive com companheiro(a) e filho(a) Religião: CATOLICA

Pai: Jose adelildo moura Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA

Diagnóstico inicial CID10 Principal CID10 Secundário CID10 Causas Associadas
* Não Informado * * Não Informado * * Não Informado *

Admitido por: PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento MAJELO SILVA DE MOURA, declaro para os devidos fins, ficar responsável pelo paciente MAJELO SILVA DE MOURA, enquanto este estiver internado, dando plena autorização aos médicos do LogoHRSC.gif que o assistirem para fazer investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução do tratamento, incluindo exames com utilização de contrastes iodados como tomografias, urografias e arteriografias, e caso necessário acessos venosos centrais e/ou de longa permanência.

16/06/2019 7.28 PM


Assinatura do Responsável

ATESTADO MÉDICO

0

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

MAJELO SILVA DE MOURA

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO
POR 60 (sessenta) DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

562


Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
13.246

DATA: **27/06/19**
/ /

MÉDICO | CREMEC



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	MAJELO SILVA DE MOURA	Idade	43 ano(s) 9	Prontuário	15716
Endereço	AVENIDA AGOSTINHO ALVES BEZERRA	UF:CEARÁ		Sexo	Masculino
Bairro:	CODIA	Cidad	SENADOR POMPEU		
CEP:	63600-000	Num:	SN		

Localização	
Clinica	CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 06
Leito	424
Internação	16/06/2019 19:27 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO, AFEBRIL, FO LIMPA E SECA, EXTREMIDADES PERFUNDIDAS E AQUECIDAS. RECEBE ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA SE DOR, ANTIBIÓTICO VIA ORAL, USAR TALA GESSADA ATÉ SEGUNDA ORDEM, CUIDADOS COM CURATIVO (3/3DIAS); MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES DO MEMBRO OPERADO (MAO/ DEDOS/ OMBRO); RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (03 SEMANAS) (ÀS 13:00h). SOLICITO RX DE CONTROLE PARA RETORNO

Exames

RX

Terapêutica

CIRURGIA: PLACA, PARAFUSO E FIO DE K

Diagnóstico

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de

Melhorado

Data Programada da

27/06/2019

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 27/06/2019

Agendamento		
Data: 25/07/19	Data:	Data:
Hora: 11:00h	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
11248

SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 15716 Nome: MAJELO SILVA DE MOURA
Sexo: Masculino Data Nasc: 28/08/1975 Idade: 43 ano(s) 11 mes(es) e 11 dia(s)
Mãe: MARIA ESTELA SILVA BEZERRA Clínica: AMBULATORIO

SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não Data: 08/08/2019 16:01 Protocolo: 384881
Exame: RX PUNHO D AP/P (0204040124)
Complemento:
Médico: FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO
Indicação:
AMOP
Observação:

PROGRAMAÇÃO

Data: Hora: Usuário:
Referência:
Justificativa:
Justificativa Pendência:

REALIZAÇÃO

Data: Usuário:
Data do Laudo: Usuário que realizou:
Situação: Pendente
Justificativa Realização:
Justificativa Baixa: Usuário:

CANCELAMENTO

Data: Usuário:
Justificativa:

Atemo
03/10/19
13:00


Dr. Francisco José Frota
Prado Filho
CRM: 12456
Rég. Prof. 12345







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




MAJELO SILVA DE MOURA

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

3009479-96 09-01-1996

MAJELO SILVA DE MOURA

José Adelídio Moura

Maria Estela Silva Bezerra

Senador Pompeu-CE 28-08-1975

Cart. Naso. 7011 IV. A-09 fl. 197v

Cart. Senador Pompeu-CE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPP - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MAJELO SILVA DE MOURA

Nº de Inscrição
795704373-91

Data do Registro
28/08/75



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPP, vedada a exigência por terceiros, sob os riscos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
MAJELO SILVA DE MOURA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 13/11/86

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 014141950013

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 761984372 00000000000 2018

NOME
JOSE ELIEUDO BEZERRA

MILHA

CPF / CNPJ

17287090325

PLACA ANT / UF

/CE

PLACA

HWI6675/CE

CHASSI

9C2JC30101R024402

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CO 125 TITAN KS

ANO FAB.

2000

ANO MOD.

2001

CAP. POT. CL.

2P/OCV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENIO. COTA ÚNICA

//*/*

VENIO / COTAS

1ª *

PARA LIZA.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *

3ª *

PREÇO TABELADO (R\$)

180.65

ICP (R\$)

0.70

PREÇO TOTAL (R\$)

185.50

DATA DE PAGAMENTO

09/07/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL

MILHA

DATA

20/07/2018

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366258/19

Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA

CPF: 795.704.373-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAJELO SILVA DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAJELO SILVA DE MOURA : 795.704.373-91

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: 21/10/2019
Nome: MAJELO SILVA DE MOURA
CPF: 795.704.373-91

MAJELO SILVA DE MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190594719 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 7 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190594719 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAJELO SILVA DE MOURA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS/FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 7 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAJELO SILVA DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000049085-9

Nr. da Autenticação 2EC80C6C3D34F5A6