

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ Portal de Serviços**

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E  
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.20.00166083-7** em **25/06/2020 13:02:28**.
- 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** : 0050131-26.2020.8.06.0166  
**Protocolo** : WSNP.20.00166083-7  
**Tipo da petição** : Petições Intermediárias Diversas  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 25/06/2020 13:02:28

### 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\*** : 2730800\_JUNTADA\_DE\_DOCS\_01 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2730800\_JUNTADA\_DE\_DOCS\_Anexo\_02 - 1-10.pdf  
**Documentação** : 2730800\_JUNTADA\_DE\_DOCS\_Anexo\_02 - 11-23.pdf  
**Documentação** : 2730800\_JUNTADA\_DE\_DOCS\_Anexo\_02 - 24-37.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: 00501312620208060166

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SENADOR POMPEU, 25 de junho de 2020.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR  
14752 - OAB/CE**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190442059      **Cidade:** Senador Pompeu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA      **Data do acidente:** 24/02/2019      **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE GRAVE, COM HEDA TEMPORAL DIREITA, FOCOS CONTUSIONAIS NO CÓRTEX TEMPORAL DIREITO, PNEUMOENCEFALO E FRATURAS DO ARCO ZIGOMÁTICO E ESFENOIDE DIREITO.

**Descrição do exame físico:** ASSIMETRIA FACIAL, CREPITAÇÃO ARTICULAR DA ATM, ESTRABISMO DIVERGENTE DO OLHO ESQUERDO, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, HIDANTAL REGULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA ATM. PERDA VISUAL ESQUERDA SEM COMPROVAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** A FRATURA CONSOLIDOU COM DESVIO ANGULAR.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA**

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 25.409.016/0001-83 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 08/08/2016
NOME EMPRESARIAL <b>EDILENE SOARES ROCHA 65073487320</b>		PÓRTA ME	
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) <b>JPE DPVAT</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>82.19-9-99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo</b>			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>213-5 - Empresário (individual)</b>			
LOGRADOURO <b>AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA</b>		NUMERO 970	COMPLEMENTO
CEP <b>63.600-000</b>	BAIRRO/DISTrito <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>SENADOR POMPEU</b>	UF <b>CE</b>
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>jpedpvat.senpmilha@yahoo.com.br</b>		TELEFONE <b>(88) 9667-5407</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>08/08/2016</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **05/06/2018 às 13:09:03** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

# Certificado da Condição de Microempreendedor Individual



## Identificação

### Nome Empresarial

EDILENE SOARES ROCHA 65073487320

### Nome do Empresário

EDILENE SOARES ROCHA

### Nome Fantasia

JPE DPVAT

### Capital Social

15.000,00

Número Identidade  
291827694

Orgão Emissor  
SSP

UF Emissor  
CE

CPF  
650.734.873-20

## Condição de Microempreendedor Individual

Situação Cadastral Vigente  
ATIVO

Data de Início da Situação Cadastral Vigente  
08/08/2016

## Números de Registro

CNPJ  
25.409.016/0001-83

NIRE  
23-8-0251434-0

## Endereço Comercial

CEP 63600-000	Logradouro AVENIDA FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA	Número 970
Bairro CENTRO	Município SENADOR POMPEU	UF CE

## Atividades

Data de Início de Atividades  
08/08/2016

Forma de Atuação  
Estabelecimento fixo

### Ocupação Principal

Digitador(a) independente

### Atividade Principal (CNAE)

82.19-9/99 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente

Ocupações Secundárias  
Arquivista de documentos

### Atividades Secundárias (CNAE)

82.11-3/00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

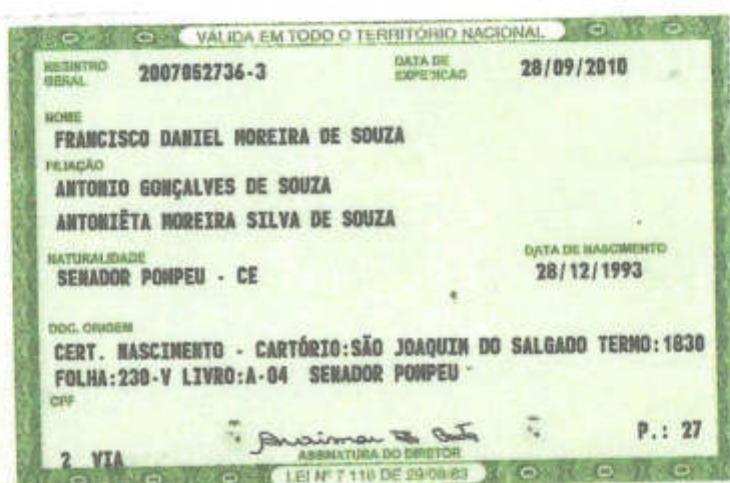
## Termo de Ciência e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição:

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldoempreendedor.gov.br/> Certificado emitido com base na Resolução no 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM. ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento. Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico <http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJurídica/CNPJ/fcpj/consulta.asp>



<b>CE Nº 0137891355592</b>		<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>
		2018
<b>06245169380</b>		<b>HYL8775</b>
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>		
<b>013789135592</b>		SAC DPVAT 0000 022 1204 84888781369
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>		
<b>81.29</b>	<b>DESENTRAN [R\$]</b>	<b>CUSTO DO SEGURO [R\$]</b>
<b>4.15</b>	<b>VALOR DO BILHETE [R\$]</b>	<b>TOTAL A SER PAGO SEGURO [R\$]</b>
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<b>DATA DE QUITAÇÃO</b>
	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<b>01/06/2018</b>
<b>PROPRIETÁRIO</b>		
<b>LOTE/DOSEGURADORA LIDER DPVAT</b>		
MOTOR: JC305780522300000001-04		
SET-2017		



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Samuel Moreira de Souza

RG nº 2007616242-5, data de expedição 27/07/10

Órgão SSPDS- CE portador do CPF nº 062.451.693 -80,

com domicílio na cidade de Sonador Pompeu, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Afous, nº 511,

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

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Francisco Daniel Moreira de Souza, cujo o condutor era

Francisco Daniel Moreira de Souza.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 FAN Ano: 2007-2008

Placa: HYL 8775 Chassi: 9C2JC30708R052290

Data do Acidente: 24/02/19

Local e Data: Sonador Pompeu - CE 11 de julho de 2019

a SAMUEL MOREIRA DE SOUZA

Assinatura do Declarante

Francisco Daniel Moreira de Souza.

Assinatura do Condutor

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

**02**

TÓRNOZ DE JUSTIÇA CERTO DE CELA	02
RECONHECIMENTO DE FIRMA	
Nº CÓDIGO 007	007
Reconheço a(s) firma(s) de <u>Samuel Moreira de Souza</u>	Maria Neiva Minhado Gislana Antunes Danielle de Oliveira Ferreira Oficiala Substituta
<input type="checkbox"/> De autenticidade da assinatura, Deu feito Em: <u>24/02/2019</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> De autenticidade da assinatura, Deu feito Em: <u>24/02/2019</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> De autenticidade da assinatura, Deu feito Em: <u>24/02/2019</u>	

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilene Soares Roehor

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 25.409.016/0001-83 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fax Daniel Moreira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.416.233-94  
do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Fax Daniel M. de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.416.233-94, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. Francisco Franco Pambieri</u>	Número:	<u>970</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Santos/PB</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>63.600,000</u> Tel.(DDD): <u>(88)99972-3424</u>

Local e Data: SENADOR PODER - 22/07/2019

Edilene Soares Roehor

Assinatura do Declarante

Nº DO CLIENTE

5137912-0

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002.  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Voldevino, 160  
CEP 60136-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.949-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 572815459

Rota 24 14005 13 001000 - 7 Data de Emissão 07/05/2019

Nome ANTONIETA MOREIRA DA SILVA

End. Postal VL ALFERES 00023

DT SAO JOAQUIN - SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 10119977 Posto 0000 0000

Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 977186373-87 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2019	07/06/2019	07/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto 3000W P/REFL Mês Mai/2019 EU0 21,70

DICRI= 0,36 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
13670		

Padrão Individual

Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual

DIC 10,44 20,88 41,76 1,74 1,74 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3372.3328.1492.61E9.4A10.1B85.2146.7FC8

FIC 1,52 15,04 30,09 1,00 1,00 0,00

DMIC 5,58 11,16 22,32 0,88 0,88 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lult. Atual	Lult. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cone. Inf.	Cone. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
PP 11373	11284	1,00	89	0,00	0,00	0,3492	34,92
07/05/19	04/04/19		33 kWh		89		

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES 34,92

JUROS DO MES 0,26

COB. SALDO FATURA ANTERIOR 20,55

ADICIONAL BANDEIRA ANARELA MES ( R\$ 0,20 )

VALOR (R\$)

VENCIMENTO 14/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 55,73

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia .....	18,53
Transmissão .....	1,47
Distribuição .....	10,93
Encargos Setoriais .....	2,47
Tributos (CDS PIS-COFINS) .....	1,56
TOTAL .....	34,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
90	90	59	91	101	98	115	89	95	88	82	88	82
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
90	90	59	91	101	98	115	89	95	88	82	88	82

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

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

34,75 0,00

"FAZ CHOCOLATE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO SEU CARTÃO, FAÇA ISQUEM COM A ENEL." 100% RECICLÁVEL

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
*Francisco Daniel Moreira de Souza*

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

*Francisco Daniel Moreira de Souza*

12 - Cidade:

*Vl. Alfenas*

15 - E-mail:

*Souza.jpmpea@gmail.com.br*

13 - Estado:

14 - CEP:

23 - 63.600.000

16 - Tel (DDD):

(88) 99972-3424

DADOS CADASTRAIS

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: *48002*

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não teve filhos?  Vivos:  Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou  Sim  Não nasceu (vai nascer)?

31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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

34

Informações  
sobre a  
vítima da  
indivisibilidade  
deve ser  
informada  
na  
Declaração  
de  
Indivisibilidade  
de  
Vitimas

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

*SENADOR ROMÃO - CE 22/07/2019*

*X Francisco Daniel Moreira*

*Edilson Souza Júnior*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

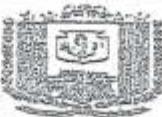
FPS.001 V002/2019

*de Souza.*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU  
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 24/09/19

HORÁRIO: 19:05

ATENDIMENTO Nº: 75

DADOS DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28/12/03 IDADE: 05 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: ANTONIETA MOREIRA SILVA DE SOUZA SUS: 222 000 9633 0525  
NATURALIDADE: S. POMPEU - CE PROFISSÃO: AGRICULTOR  
ENDERECO: Sítio ALFREDO BAIRRO: Z. RURAL  
CIDADE: S. POMPEU - CE ESTADO: CE CEP: 63.600-000  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( ) TELEFONE: (88) 99754-1409

PA: X mmHg SPO<sub>2</sub>: % FG: bpm FR: /pm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QD: Prevenção saudável quebra de moto c/ TCE grave.  
HOA:

DIAGNÓSTICO: TCE grave

PRESCRIÇÃO: SF 0,9% 500ml EV 500(19:10)

SRL 2000ml EV 500(19:02) 500(19:00) 500(00:50) 500(00:35)

500ml midazolam + PD, EV > 21,00

1 ml fentanil EV

Hidrocortisona Scows + SF 0,9% 100ml, EV > 21,25

3 caps trazozmin + SF 0,9% 100ml, EV

Carimbo Assento Médico

Ass. do Técnico(a)

Nara Luézia de S. M. Barreto

COREN-CE 112.912

ENFERMEIRA

comprovativo original

11/09/19

MM

Francisco Daniel Moreira de Souza

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

0301060061  
0301400012.

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

INSTITUTO  
COMPARTILHA  
FAMÍLIA  
Uma história única dividindo a vida.  
Apóia a Gestão em Baixa

MATERNIDADE HOSPITAL  
SANTA ISABEL  
SERVIÇOS PÚBLICOS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2019467787



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 870 / 2019

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2019 10:15:15**  
Data / Hora da Ocorrência: **24/02/2019 17:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **SITIO SÃO JOAQUIM**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**  
Nascimento: **28/12/1993** CPF: **066.416.233-94**  
RG: **20070527363** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **ANTONIÉTA MOREIRA SILVA DE SOUZA**  
**ANTONIO GONÇALVES DE SOUZA**  
Endereço: **SITIO SÃO JOAQUIM**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYL8775** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC30708R052290** Renavam: **941006425** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **Preta**  
Proprietário: **SAMUEL MOREIRA DE SOUZA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

### Histórico

Afirma a vítima, advertida das penas cominadas ao falso testemunho, denunciaçāo caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava conduzindo o veiculo acima mencionado, estava vindo do sitio são joaquim na Cidade Senador Pompeu/CE, chegando perto do sitio alferes a vítima perdeu o controle da motocicleta vindo a cair no solo; Que a vitima não se lembra o que aconteceu depois do acidente pois ficou desacordado no Local; Que foi socorrido por populares e levado para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE; Que a vítima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas, o Senhor Antonio Gonçalves de Souza e a Senhor Samuel Moreira de Souza, 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.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Z. J. D.

*Jer Besando dos Santos*  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 300.820-1-X

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU  
Impresso nº 2019467787

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 870 / 2019****ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***\*Emaneles Daniel marreca de Souza***VISTO DO DELEGADO(A) :****HELEDER BEZERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190442059  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Daniel Moreira de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): VI Alferes, S/N  
Dt S Joaquimsenador Pompeu Fortaleza CE CEP: 60175-090  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20070527363  
Data local do acidente: [ 24/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 15/08/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TCE GRAVE, COM HEDA TEMPORAL DIREITA, FOCOS CONTUSIONAIS NO CÓRTEX TEMPORAL DIREITO, PNEUMOENCEFALO E FRATURAS DO ARCO ZIGOMÁTICO E ESFENOIDE DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: CRISE CONVULSIVA, ASSIMETRIA FACIAL E ESTRABISMO DIVERGENTE DO OLHO ESQUERDO.**  
**Data da Alta: 10/06/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**ASSIMETRIA FACIAL, CREPITAÇÃO ARTICULAR DA ATM, ESTRABISMO DIVERGENTE DO OLHO ESQUERDO, DISTÚRIO DO EQUILÍBrio E HUMOR, HIDANTAL REGULAR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA ATM. PERDA VISUAL ESQUERDA SEM COMPROVAÇÃO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEBILIDADE LEVE DA FACE E SNC, PELA ASSIMETRIA FACIAL, CRISE CONVULSIVA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DA ATM.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII.(\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal  
CPF - 029.258.907-76  
CRM/CE - 16566

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
*Francisco Daniel Moreira de Souza*

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

*Francisco Daniel Moreira de Souza*

12 - Cidade:

*Vl. Alfenas*

15 - E-mail:

*Souza.jpmpea@gmail.com.br*

13 - Estado:

14 - CEP:

*63.600.000*

16 - Tel (DDD):

*(88) 99972-3424*

DADOS CADASTRAIS

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *0754*

CONTA: *48002*

CONTA: *0*

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não teve filhos?  Vivos:  Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

30 - Vítima deixou  Sim  Não nasceu (vai nascer)?

31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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

34

Impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML)

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

*SENADOR ROMÃO - CE 22/07/2019*

*x Francisco Daniel Moreira*

*Edilson Souza Júnior*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

*de Souza.*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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

---

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190442059

Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%  
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Recebedor: **FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000048002-0**

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, retorno 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:



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

---

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442059**

**Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190442059**

**Vítima: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 24/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



# 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: 21/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000048002-0

---

Nr. da Autenticação 6409A7B42C44F4A9

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248786/19

**Vítima:** FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

**CPF:** 066.416.233-94

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/02/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**EDILENE SOARES ROCHA : 25.409.016/0001-83**

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Estatuto ou contrato social  
Procuração

**FRANCISCO DANIEL MOREIRA DE SOUZA : 066.416.233-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019  
Nome: EDILENE SOARES ROCHA  
CNPJ: 25.409.016/0001-83

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

EDILENE SOARES ROCHA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Daniel Moreira de Souza brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agente de Segurança, residente e domiciliado à Rua Vl. Alforges, nº 23, bairro Zona Rural, Município de Senador Pompeu, Estado de(o) Ceará, Cep.: 63.600-000 portador(a) do RG nº 200.705.273.63 SSP/CE e CPF nº 066.416.233-94.

Outorgado: Edilene Soares Rocha, brasileira, solteira, autônoma, residente e domiciliado(a) à Av. Francisco Franca Cambraia, 970, bairro Centro, Município de Senador Pompeu, Estado do Ceará, CEP 63.600-000, portador do RG nº 20170636709 SSPDS-CE e CPF nº 650.734.873-20;

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Francisco Daniel Moreira de Souza ocorrido em 24/02/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Natureza do Processo:

Invalidez

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato. E todas e quaisquer informações prestada para procedimento neste processo de DPVAT são de total e exclusiva responsabilidade da vítima, devendo ficar ciente de que informações falsas podem gerar responsabilidade penal para o mesmo. De acordo com o artigo 229 do código penal brasileiro.

Senador Pompeu-CE, 13, de Julho de 2019.

Assinatura: Francisco Daniel Moreira de Souza

Nome do Outorgante: Francisco Daniel Moreira de Souza

CPF nº 066.416.233-94





PREFEITURA DE SENADOR POMPEU  
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 24/09/10

HORÁRIO: 19:05

ATENDIMENTO Nº: 75

DADOS DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCO DANIEL MORAES DE SOUZA  
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 28/12/83 IDADE: 26 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
MÃE: ANTONIA MORAES SILVA DE SOUZA SUS: 268 0004 9633 9525  
NATURALIDADE: S. POMPEU - CE PROFISSÃO: AGRICULTOR  
ENDERECO: RIO ALTOZ  
CIDADE: S. POMPEU - CE BAIRRO: Z. RURAL CEP: 63.500-000  
ESTADO: CE TELEFONE: (85) 99754-1409

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: \_\_\_\_ mmHg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ % FG: \_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_ lpm T: \_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_ Kg GLS: \_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_

CP: Preuve sono: pice de molo o TCE grave.

HDA:

DIAGNÓSTICO: TCE grave

PREScrição: SF 0,9% Socor EV 500(19:10)  
S2 2000 ml EV 500(19:10) 500(19:10) 500(19:10) 500(19:10) 500(19:10)  
500ml min 200ml + 100ml EV > 2600  
↓ cup enteral EV  
Midacar tisivek 500ml + SF 0,9% 100ml EV > 31:25  
200ml tuisemín + SF 0,9% 100ml EV

Carimbo Assinado Médico

Evolução da Emergência:

Ass. do Técnico(a)

Nara Lúcia de S. M. Barreto  
CORES 462.912  
ENFERMEIRA

Comprov Original  
11/09/10

clm

Francisco Souza

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

0301060061  
0301000012

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

INSTITUTO  
COMPARTILHA  
SANTOS  
Uma História única dedicada à vida.  
Apelo à Conta em Saúde

M H  
M M  
S S  
MATERNIDADE HOSPITAL  
SANTA ISABEL  
SENADOR POMPEU



**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**  
Barão do Rio Branco, 1816  
CEP 60025-061, PABX  
(65)3255.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza  
Prontuário: 5604686

Em 13/04/2019

Data de Nascimento: 1993-12-28

Data da Internação: 25/02/19

Unidade 16 Leito 1618

ADMISSÃO NO IUF - 25/02/2019

ADMISSÃO NA UTI - 26/02/2019

ADMISSÃO UNIDADE 16- 13/03/19

Paciente vítima de acidente de moto com trauma craniocerebral grave intercorrendo com infecções hospitalares tratada e fistula carotídea cavernosa a direita submetido a embolização em 10.04.19. Recebe alta hospitalar em 13.04.19 para acompanhamento ambulatorial. No momento com proptose ocular em melhora, alimenta via oral, deambula com auxílio, eupneico, consciente e orientado. Necesita permanecer afastado de suas atividades laborativas.

Intercorrelações durante internação hospitalar:

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada:

Flebite tratada de MSE.

Otite média tratada. (perfuração MTE E MTD)

Fistula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

Exames laboratoriais:

- TC crânio (25/02/19) HEDA temporal D 23mm no assoalho fossa média, com moderado efeito de massa sobre o respectivo lobo temporal, focos contusionais córtex temporal D Linha média levemente desviada para E. Fraturas arco zigomático e esfenóide D. Pneumoencéfalo.
- TC cervical (25/02/19) normal.
- FAST (25/02/19) normal.
- TC crânio (26/02/19) Fratura craniana temporal D. HEDA à D 2,6cm. Contusões hemorrágicas circundadas por edema no lobo temporal D. Hemossinus. Pneumoencéfalo. Colapso parcial VLD associado a desvio contralateral das estruturas da linha média 0,4cm. Sistema ventricular anatômico. Cisternas preservadas.
- TC crânio (28/02/19) HEDA temporal D 2,6cm medida latero-lateral (no plano axial). Pneumoencéfalo. Hemossinus. Fraturas ossos temporais D, mastóide bilateral, arco zigomático e teto órbita D, asa maior esfenóide bilateral e parede seio esfenoidal, além fraturas seio maxilar D. Sulcos, fissuras e cisternas preservadas. Leve desvio linha média para E 0,4cm.
- Angio TC 07/03/19: Sifão carotídeo anatômico, artérias cerebrais anteriores normais. Artérias cerebrais médias e seus ramos Sylvianos de aspecto normal. Artérias cerebrais posteriores normais. Artérias basilar e cerebelar sem alterações visíveis, Segmento V4 das artérias vertebrais de aspecto anatômico. Seios Venosos anatômicos e sem sinais de trombos endoluminais.
- TC de crânio 07/03/19: Parênquima encefálico com sinais de edema temporal a direita. Sistema ventricular anatômico. Linha media centrada. Cisternas preservadas, Fossa posterior sem alterações significativas, Hematoma extra axial temporal a direita medindo cerca de 22mm no AP. Traço de fratura temporal a direita, maxilar e asa do zigomático ipsilateral esfenóide.
- Angio TC DE CRANIO 26.03.19 : não obtive o laudo
- Tc de mastoide 26.03.19: fraturas acometendo o esporão de chausse e tegmen timpanico a direita bom como a parede inferior do conduto auditivo externo osso homolateral. Fraturas acometendo arco zigomatico e fossa condilar a direita. Fratura na base do processo condilar na mandíbula direita. Fratura acometendo o processo mastoide da mandíbula a esquerda. Densificação de células aereas mastoides e cavidade tipanica a direita.
- Arteriografia cerebral (realizada no HGF)03/04/19: Fistula carotídeo cavernosa direita.
- Embolização de fistula carotídea cavernosa 10.04.19 HGF: EFETIVA (FISTULA CAROTIDA CAVERNOSE DIREITA COM FLUXO MODERADO PARA AMBOS OS SEIOS CAVERNOSES, AO TERMINO DO PROCEDIMENTO OBSERVADA OCLUSAO DA ARTERIA CAROTIDA INTERNA DIREITA, COM PRESENCA DE BOA CIRCULACAO COLATERAL TRAVES DO POLIGONO, TANTO POR ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR COMO COMUNICANTE POSTERIOR. RETORNO VENOSO NORMAL.**
- Tc crânio 11.04.19: material metálico em região paracilíndrica direita e temporal direita.

CID 10: S069 I67.1

Marilia Cavalcanti da Trindade / CRM 9824

Marilia Cavalcanti da Trindade  
CRM 9824  
Clínica Médica - RQE nº 6788  
Reumatologia - RQE nº 6721

### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

		1 <sup>a</sup> Via - FARMÁCIA
		2 <sup>a</sup> Via - PACIENTE
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3256.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		

Paciente: *Fco Daniel Moura de Souza*  
 Endereço: *Alfenas SIN - Senador Pompeu.*  
 Prescrição:

*D* uso oral: 50 dias  
① Clindamoxina 500 - 20 comp  
ot comp - v/o - 12/12 horas  
Carimbo e Assinatura do Médico

Data:

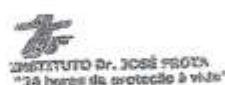
*29/03/2019*

Carimbo e Assinatura do Médico

Nome:				Carimbo e Assinatura	
Nº Ident.:		UF:	Data: / /		
Endereço:					Fornecedor:
Nº:	Bairro:				
Cidade:		UF:			
CEP:	Tel.:				

### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		1ª Via - FARMÁCIA
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE
Paciente:	<i>Fco Daniel Moreira de Souza</i>	
Endereço:	<i>Alferez SN - Senador Pompeu</i>	
Prescrição:	<i>D <del>100</del> Local: 10 dia,</i> <i>① Ofocinax — 01 fr</i> <i>04 sotés no ouvido</i> <i>livreto - 12/12 horas</i> <i>29/03/2019 + Mude</i>	
Data:	Carimbo e Assinatura do Médico	
INFORMAÇÕES DO PACIENTE		
Nome:		Data: / / Fornecedor:  Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:		
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	



### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001	1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
---	--

Paciente: Francisco Daniel Monteiro de Souza  
Endereço: Rua Alferes, s/n, Senador Pompeu

Prescrição:  
100 mg/5ml

colher

OP  
?

① Zymar x 1

~ 5 gotas de 2/2h

colher

② Aziver

- 1gota di 12/12h p/min colher

Dr. Ricardo Marinho  
Chefe de Equipe HF  
CRM 5635

③ Regíval

p/500 ml ~ 4 x 70 ml

Data: 01/04/19

Carimbo e Assinatura do Médico

Nome:		Data: / / Fornecedor:  Carimbo e Assinatura	
Nº Ident.:			UF:
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	/		UF:
CEP:	Tel.:		



PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU - CE.  
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo \_\_\_\_\_

- 1º. Via - Retenção de farmácia ou drogaria (Branca)  
2º. Via - Orientação ao paciente (Azul)

CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CARIMBO DO MÉDICO

Endereço: \_\_\_\_\_

Dr. Filipe da Oliveira  
Médico  
CRM-CE 19753

Cidade: \_\_\_\_\_

Carimbo / Assinatura

Telefone: \_\_\_\_\_

Data 29/04/19

Paciente: Dr. Filipe da Oliveira

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

2º. Anotação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órg. Emissor \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ATENDIDO  
CAPS

Assinatura do Farmacêutico

Data 30/04/19

## RECEITUÁRIO

Paciente: \_\_\_\_\_  
BE / Prontuário: \_\_\_\_\_

José Henrique David  
Machado Júnior, encaminhado  
em virtude de patologias  
respiratórias que realizou  
centrada em tempo  
seus reparos

Data: 08/05/19

Ass./Carimbo do Médico

6432

**RECEITUÁRIO**

Paciente: Francisco Daniel de Souza  
BE / Prontuário: \_\_\_\_\_

João Antônio Senechal Pimentel

Fazendo constar que o suspeito:

do nascimento do HST.

pode ser estenótico "jato"

funcionar.

Certifico Fisioterapeuta C.C.

Data: 08/05/2019

Ass./Carimbo do Médico



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
Barão do Rio Branco, 1816  
CEP 60025-061, PABX  
(85)3255.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza  
Prontuário: 5604686

Em 13/04/2019

Marcar retorno com Neurocirurgia *JF*

Marilia Cavalcanti da Trindade / CRM 9824

CRM - CR 9824  
Neurologista - RQE no CRM  
Clínica Médica - RQE no CRM  
Dr. JF Cavalcanti da Trindade



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
Barão do Rio Branco, 1816  
CEP 60025-061, PABX  
(85)3255.5000

## LAUDO MÉDICO PARA CADEIRA DE RODAS

Francisco Rogério Laureano Feitosa, 47 Anos, Masculino, admitido no IJF em 23/04/2017 com histórico de TCE e Politraumatismo após acidente de Moto com TC Crânio Inicial evidenciando Hematoma Intraparenquimatoso Temporal Esquerdo com Focos de

**RECEITUÁRIO MÉDICO**HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO  
WALTER CANTÍDIO - UFC**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Diretor Técnico: Josenilia Maria Alves Gomes (CRM 5860)

PARA O SR (A) Francisco Daniel Moreira de Lacerda

SERVIÇO DE

OftalmologistaDiálogo Oftalmológico

Carente com história de cistite cantídio-cavernosa pós-trauma em junho de 2013, realçou embolização em abril de 2013.

Ecclii com acuidade visual referida de 20/30-2 em olho direito e 20/25 em olho esquerdo.

Suspeito em comprometimento

luminal, no momento,

Dr. José Israel Araújo Ponte  
MÉDICO  
CREMEC 17063

08/05/2019

---

**ASSINATURA DO MÉDICO**

Nº CRM:

RQE:

Hospital Universitário Walter Cantídio	
AGENDAMENTO DE CONSULTA OU RETORNO	
Serviço:	<i>Ortopedico</i>
Sub-especialidade:	<i>Pé e tornozelo</i>
Nome do Paciente:	<i>Eduardo Marciel Moreira de Souza</i>
Aprazar consulta ou retorno para :	<i>01/06/2009</i>
Data da solicitação	Assinatura e carimbo do profissional
<i>08/05/2009</i> <div style="text-align: right;"> <i>Dr. José Israel Araújo Ponte</i>  <i>MEDICO</i>  <i>CREMEC 17463</i> </div>	
Sr. Paciente, dirija-se ao Setor de Marcação de Consulta para agendamento.	



## LAUDO MÉDICO

### RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza Prontuário: 5604686

Data de Nascimento: 1993-12-28 Data da Internação: 25/02/19

Motivo da Internação: Politraumatismo

#### RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 16 LEITO: 1618 Internação Unidade: 13.03.19

Diagnóstico Principal: Trauma Cranio Encefálico

Diagnósticos Secundários: Fistula Carotidea Cavernosa a direita

Procedimentos Cirúrgicos: ( ) Não (x) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): EMBOLIZAÇÃO DE FISTULA CAROTIDEA CAVERNOSA DIREITA NO HGF

Resumo de Alta / Transferência:

ADMISSÃO NO IUF - 25/02/2019

ADMISSÃO NA UTI - 26/02/2019

ADMISSÃO UNIDADE 16- 13/03/19

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

Otite média tratada. (perfuração MTE E MTD)

Fistula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

- TC crânio (25/02/19) HEDA temporal D 23mm no assoalho fossa média, com moderado efeito de massa sobre o respectivo lobo temporal. focos contusionais córtex temporal D Linha média levemente desviada para E. Fraturas arco zigomático e esfenóide D. Pneumoencéfalo.

- TC cervical (25/02/19) normal.

- FAST (25/02/19) normal.

- TC crânio (26/02/19) Fratura craniana temporal D. HEDA à D 2,6cm. Contusões hemorrágicas circundadas por edema no lobo temporal D. Hemossinus. Pneumoencéfalo. Colapso parcial VLD associado a desvio contralateral das estruturas da linha média 0,4cm. Sistema ventricular anatômico. Cisternas preservadas.

- TC crânio (28/02/19) HEDA temporal D 2,6cm medida latero-lateral (no plano axial). Pneumoencéfalo. Hemossinus. Fraturas ossos temporais D, mastoíde bilateral, arco zigomático e teto órbita D, asa maior esfenóide bilateral e parede seio esfenoidal, além fraturas seio maxilar D. Sulcos, fissuras e cisternas preservadas. Leve desvio linha média para E 0,4cm.

- Angio TC 07/03/19: Sifão carotídeo anatômico, artérias cerebrais anteriores normais. Artérias cerebrais médias e seus ramos Sylvianos de aspecto normal. Artérias cerebrais posteriores normais. Artérias basilar e cerebelar sem alterações visíveis, Segmento V4 das artérias vertebrais de aspecto anatômico. Seios Venosos anatômicos e sem sinais de trombos endoluminais.~

- TC de crânio 07/03/19: Parênquima encefálico com sinais de edema temporal a direita. Sistema ventricular anatômico. Linha media centrada. Cisternas preservadas, Fossa posterior sem alterações significativas, Hematoma extra axial temporal a direita medindo cerca de 22mm no AP. Traço de fratura temporal a direita, maxilar e asa do zigomático ipsilateral esfenóide.

- Angio TC DE CRANIO 26.03.19 : não obtive o laudo

- Tc de mastoíde 26.03.19: fraturas acometendo o esporão de chausse e tegmen timpanico a direita bom como a parede inferior do conduto auditivo externo osseos homolateral. Fraturas acometendo arco zigomatico e fossa condilar a direita. Fratura na base do processo condilar na mandíbula direita. Fratura acometendo o processo mastoíde da mandíbula a esquerda. Densificação de células aereas mastoideas e cavidade timpánica a direita.

- Arteriografia cerebral (realizada no HGF) 03/04/19: Fistula carotídeo cavernosa direita.

Embolização de fistula carotídea cavernosa 10.04.19 HGF: EFETIVA ( FISTULA CAROTIDA CAVERNOSA DIREITA COM FLUXO MODERADO PARA AMBOS OS SEIOS CAVERNOSES, AO TERMINO DO PROCEDIMENTO OBSERVADA OCLUSAO DA ARTERIA CAROTIDA INTERNA DIREITA, COM PRESENÇA DE BOA CIRCULAÇÃO COLATERAL TRAVES DO POLIGONO, TANTO POR ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR COMO COMUNICANTE POSTERIOR. RETORNO VENOSOS NORMAL.

- Tc crânio 11.04.19: material metálico em região paraclínoides direita e temporal direita.

Evolui e enfermaria sem intercorrências, alimentando via oral, eupneico sem queixas. Melhora da proptose ocular. Recebe alta para acompanhamento ambulatorial.

Comorbidades apresentadas: PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

Otite média tratada. (perfuração MTE E MTD)

#### Transferência:

UTI \_\_\_\_\_  Unidade \_\_\_\_\_  CTQ \_\_\_\_\_  Risco \_\_\_\_\_  Transferência Externa  Óbito

Orientações de Alta (Setorial): Manter acompanhamento com oftalmologia

Retornar no plantão do Neurocirurgião Dr João Renato quinta-feira pela manhã no IUF (autorizado pelo Dr João Renato)

Retornar ao Ambulatório: ( ) Não (x) Sim Ambulatório: Neurocirurgião Data: A MARCAR

Data: 13.04.19

Assinatura do Médico / CRM

Neurocirurgião Data: A MARCAR  
Clínica Médica - RQE nº 6788  
Neurocirurgião - RQE nº 6787  
Neurocirurgião - RQE nº 6786



**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**  
Barão do Rio Branco, 1816  
CEP 60025-061, PABX  
(85)3255.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza  
Prontuário: 5604686

Em 13/04/2019

Ao posto de saude :

**Acompanhamento multidisciplinar de paciente com sequela de TCE**

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

otite média. (perfuração MTE E MTD)

Fistula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

Marilia Cavalcanti da Trindade / CRM 9824

*M. Cavalcanti da Trindade*  
Marilia Cavalcanti da Trindade  
Clínica Médica - RQE nº 6788  
Reumatologia - RQE nº 6727  
CRM - CE 9824



**INSTITUTO DR. JOSE FROTA**  
Barão do Rio Branco, 1816  
CEP 60025-061, PABX  
(85)3255.5000



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA  
Barão do Rio Branco, 1816  
CEP 60025-061, PABX  
(85)3255.5000

Paciente: Francisco Daniel Moreira De Souza  
Prontuário: 5604686

Aita em 13/04/2019

Vir com Dr Joao Renato dia de quinta feira pel amanha e procura-lo no plantao para avaliacao por orientacao do mesmo.

Acidente moto + TCE grave (HEDA temporal D, em tratamento conservador) + HIC.

PAV Tratada.

Flebite tratada de MSE.

otite média. (perfuração MTE E MTD)

Fistula Carótida-cavernosa D (Proptose olho D+ Congestão ocular+ Alteração visual + Úlcera córnea D)

Embolização de fistula carotidea cavernosa 10.04.19 HGF: EFETIVA ( FISTULA CAROTIDA CAVERNOSA DIREITA COM FLUXO MODERADO PARA AMBOS OS SEIOS CAVERNOSOS, AO TERMINO DO PROCEDIMENTO OBSERVADA OCLUSAO DA ARTERIA CAROTIDA INTERNA DIREITA, COM PRESENÇA DE BOA CIRCULAÇÃO COLATERALATRAVES DO POLIGONO, TANTO POR ARTERIA COMUNICANTE ANTERIOR COMO COMUNICANTE POSTERIOR. RETORNO VENOSOS NORMAL.

Marilia Cavalcanti da Trindade  
Clínica Médica - RQE nº 678  
Reumatologia - RQE nº 578  
CRM - CE 9824

Marilia Cavalcanti da Trindade / CRM 9824



*Procuradora*



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 574428165  
**Companhia Energética do Ceará**  
 Rua Padre Valdeyrino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

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

Esta é a segunda via de  
**MAI/2019**

Utilize o n° abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

**Nº DO CLIENTE**  
**8553131** DV **6**

**VENCIMENTO**  
**23/05/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**164,86**

#### DESCRÍÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

#### OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	1,32
MULTA MORATORIA	2,94
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	22,81
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES ( R\$ 1,34 )	

End. da Unidade Consumidora AV FRANCISCO FRANCA CAMBRAIA 00970 CENTRO SENADOR POMPEU 63600000

RG / CPF / CNPJ 650.734.873-20 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, TRIFASICA

Fator de Potência 0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leratura Atual Leratura Anterior Corretante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

47129	46950	1	179	0	179
-------	-------	---	-----	---	-----

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

16/05/2019 15/06/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9DE1.1C12.C5D5.5C95.3277.E86F.72EC.C746

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$) 137,79	Aliquota 27%	Valor do Imposto 37,20
------------------------------	--------------	------------------------

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

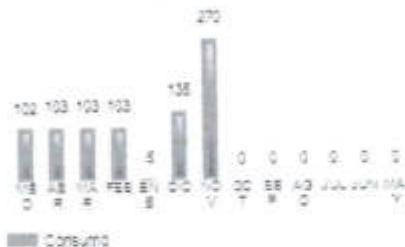
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 47,63

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês MAR/ 2019

	Padrão Mensal			Apuração Individual Anual		
	Mensal	Individual Trim.	Apuração Individual Anual	Mensal	Trim.	Anual
DiC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,68	0,00
FIc (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	1,00	0,00
DMc (h)	2,94			0,00		

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



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **8553131-6** N° da Nota Fiscal: **574428165** Total a Pagar (R\$): **164,86**  
 Data de Emissão: **27/05/2019** Referência: **MAI/2019** N° de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**