

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

### ! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01343584-1** em **22/07/2020 12:19:59**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

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

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0236817-39.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01343584-1  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 22/07/2020 12:19:59

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

**Petição\*** : 2736396\_CONTESTACAO\_01 - 1-11.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2736396\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-22.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

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

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembléa, 300 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaracão de Inexistencia de IML



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>JOSÉ MENESES DO SICUO</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>JOSÉ MENESES DO SICUO</i>		6 - CPF:	72557451304
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
15 - E-mail:				

**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:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> <b>CABA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b> <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> CABA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>1048</b>	CONTA: <b>32526</b>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (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**

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, se as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta ação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no CRM)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro/várias? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Vivos	33 - Vítima deixou pais/filhos vivos? <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos	<input type="checkbox"/> 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 quaquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)
40 - Local e Data:		<i>20/08/2019</i>	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)		44 - Assinatura da testemunha	

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 2019  
Circular DIREG – 015/2019

Aos  
Corretores Parceiros

**REF: Revisão dos documentos de Sinistros DPVAT - Registro de Ocorrência, Comprovante de Ato Declaratório, Comprovante de Residência, Declaração de Proprietário, Boletim de Atendimento Médico, Laudo do IML, Declaração de Inexistência do Laudo do IML e Pedido do Seguro DPVAT-testemunhas.**

Com objetivo de simplificar o processo dos sinistros administrativos, novos procedimentos devem ser observados, conforme o quadro a seguir:

Documento:	De:	Para:
Registro de Ocorrência Policial	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Comprovante do Ato Declaratório	Exigido para acidentes declarados com data superior a 30 dias	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Comprovante de Residência.	Contas de consumo emitidas em até 180 dias	Qualquer comprovante de residência, sem prazo de validade
Declaração de Proprietário de Veículo	Exigido para coberturas DAMS e Invalidez com acidentes envolvendo motocicletas	Exclusão da lista de documentos de regulação.
Boletim de Atendimento Médico	Emitido no dia do acidente	Emitido em até 72 horas da data do acidente
Laudo do IML	Original ou cópia autenticada	Cópia simples
Declaração de Inexistência do Laudo do IML	03 opções de motivos para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT	Opção única de motivo para não apresentação do Laudo no Pedido do Seguro DPVAT

Os novos procedimentos passam a vigorar para sinistros avisados:

- A partir do dia 30/09/2019; ou
- Anteriores a 30/09/2019 (novos pendenciamentos).

Todas as comunicações relacionadas aos documentos e procedimentos aqui citados ficam alteradas ou revogadas quanto à sua forma e seu conteúdo, conforme a seguir:



Nº 002018845

## DADOS DO CLIENTE

Nome: JOAO MEINOS DA SILVA  
End. Leitura: AVA IPANEMA ST-13, 780, LT. PRAIA DO FUTURO II

Cidade: FORTALEZA CEP 60163-017  
End. Entrega:  
Cidade:  
Local: 001 Setor: 013 Quadra: 0067 Lote: 0062 CEP: 0001  
Subsolo: 00 Subquadra: 00

## ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Médidos	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen(m <sup>3</sup> )	Média Semestral(m <sup>3</sup> )
AQUA	4198250729	22	36	13	10

## DATAS

Lectura Atual: 05/10/2019 | Límite: 05/10/2019 | Lacre Áqua: 3697901  
Lectura Anterior: 06/09/2019 | Próxima Lectura: 07/11/2019 | Lacre Engot: 0000000

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 08/2019

Nº de Amostras	Claro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	541	541	541	541	541
Em conformidade	541	540	537	531	541

## MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 15 m<sup>3</sup> | META: 12 m<sup>3</sup>.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	M-2 (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Aqua (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
POUR	42,26	out/18	17	0
MULTA DE 2%	0,57	nov/18	9	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,05	dez/18	11	0
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	5,76	jan/19	11	0
MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		fev/19	13	0
		mar/19	9	0
		abr/19	7	0
		mai/19	9	0
		jun/19	12	0
		jul/19	9	0
		ago/19	13	0
		set/19	10	0

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor(R\$)	Descrição	Valor(R\$)
PIS	0,47	VALOR DO SERVIÇO	59,83
COFINS	2,35	VALOR DO SUBSÍDIO	10,67
		VALOR TOTAL A PAGAR	49,16

## MÊS/ANO

## VENCIMENTO

## TOTAL A PAGAR (R\$)

10/2019

21/10/2019

49,16

I:350344093/21464 E:8066 H:11:41:40 R:086 P:001

Boletos enviados para: Fazenda, Rua 200, nº 400, apto 1000, bairro: Centro, Cidade: Fortaleza, CEP: 60163-017, Agência: Cagece, nº 155, bairro: Centro, Cidade: Fortaleza, CEP: 60163-017, telefone: 0800 275 0295, e-mail: [cagece@cagece.gov.br](mailto:cagece@cagece.gov.br)

Central de Atendimento  
0800 275 0295

Cagece  
0800 275 0295

comunicar.gov.br  
Cagece



Carregamento de usuário mantém seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras:  
Fundações: Fundação ANFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 245 1919; Demais licenciados: ANFCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 0295. Endereço: Edifício 155, Sítio da ARCE; [www.cagece.gov.br](http://www.cagece.gov.br). Mais informações pelo telefone: 0800 275 0295, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.gov.br](http://www.cagece.gov.br) ou no e-mail: [cagece@cagece.gov.br](mailto:cagece@cagece.gov.br).

1147434

CONTADO DE ENERGIA ELÉCTRICA GRUPO 03 ESTADO DE MEXICO (045) 522275

FECHA 10/05/1997

MES 10/00 11-NUEVOS TECNICOS

EN DIA 0 0011 PUNTAZOS

100% GOLPE

CONSUMO DE ENERGIA ELÉCTRICA MENSUAL

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

CONSUMO DE ENERGIA

AREA RESERVADA AL ESTADO

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

DATA DE LETRA

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

DATA DE MEXICO



ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

CONSUMO

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

COS - SEGURO SUPER 3 + 1

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

COS - SEGURO SUPER 3 + 1

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

COS - SEGURO SUPER 3 + 1

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

COS - SEGURO SUPER 3 + 1

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN

COS - SEGURO SUPER 3 + 1

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE:  
JOÃO MENDES DA SILVA

NASCIMENTO:  
06/06/1852 (67 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO:  
5164141  
SEXO:  
M  
HOJE MAR:  
MARIA MENDES DA SILVA

DATOS PESSOAIS:  
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 72557451304; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96002124844  
NOME PELA PRIMAVEL:  
NI  
MUNICÍPIO:  
FORTALEZA  
CEP:  
60.183-017

ENDERECO:  
RUA IPAMERI 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO  
CONTATO:

INFORMAÇÕES DE ACIDENTE/TRANSPORTE/ DADOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

DATA:  
ACIDENTE MOTO LANIMAL LUXAÇÃO NO JOELHO E ESCORAÇÕES

MOTIVO:  
ABALRROAMENTO

ESCALA DE DOR:  
99 (ADULTO)

SINÔNIMO:  
NI

SINAIS VITais

SAT. 99  
99%

PULSO:  
NI

GLICÉMIA:  
NI

PESO:  
NI KG  
TEMPERATURA:  
NI °C  
CLASSIFICAÇÃO:  
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL:  
NI/NI

ALÉRGICOS:  
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO:  
KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR

ÁREA ATENDIMENTO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO:  
23/10/2019 12:13:57

4. ATENDIMENTO  
EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMISE:

Reforçar oxigênio de modo que não se remova.  
Trocar de polo S/ALV de concreto. Reforçar dor interna  
pelo polo.

DIAGNÓSTICO

CÓD. PROCEDIMENTO

CID

SAÚDE SOLICITADA:  
( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TO CRANIO ( ) RAIOS-X

( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

R de polo S/ALV

GW

23/10/2019  
Paciente: 5164141  
Data e hora do atendimento: 23/10/2019 12:13:57  
Paciente: 5164141

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA:  
( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR em 23/10/2019 12:13:57

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

04.885.197/00012-0  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jomar de Souza Coelho 1573  
Fortaleza - CEP: 60.864-810  
Ceará

JOÃO MENDES DA SILVA

CONFIRME COPIA ORIGINAL  
23/10/2019  
Del.



Ministério  
da  
Saúde

Sistema  
Único de  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

JORO MENDES DA SILVA

6 - NÚMERO PRONTUÁRIO

5164161

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

06/06/1952

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA PARECERISTA/RESPONSÁVEL

JOÃO MENDES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. EDUARDO, n.º 480 - DA 12 60 FUTURO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RODRIGUES

14 - CÓD. IBGE MUNIC.

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

PACIENTE COM FRATURA DE RANALTO TIBIAL D  
HOU ± 6 DIAS DOB e DIFICULDADE PARA DESLOCAR

18 - CODIGO

19 - JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

Risco de Complicações

20 - PRÉ-EX

21 - RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

220106 MAF 10

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRACTURA DO PUNHILHO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

40

RETINICO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CÂMERA DO REGISTRO DO CONSELHO

23/10/19

Dr. JOSÉ CARLOS DE SOUZA

01/10/2013

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

34 - N.º BILHETE

35 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CNPJ EMPRESA

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CEP

40 - CEP

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADO

43 - AUTÔNOMO

42 - EMPREGADOR

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

43 - EMPREGO

46 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - N.º DO DOCUMENTO

44 - N.º DO ORGÃO EMISOR

45 - CNES

46 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

45 - DATA DO DOCUMENTO

47 - DATA DO DOCUMENTO

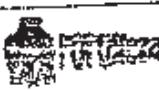
48 - ASSINATURA E CÂMERA DO REGISTRO DO CONSELHO

23/10/19

Dr. JOSÉ CARLOS DE SOUZA

01/10/2013

23/10/19

 		REGISTRO EMERGÊNCIA		MATRÍCULA NO HOSPITAL 5764141	
PACIENTE João Almeida da Silva		ENFERMAGEM: II		LEITO 36	
DATA OPERAÇÃO 06/11/19		1º AUXILIAR: Dr. Paulo de Tasso Cavalcante Castro CRM: 1985		2º AUXILIAR: Dr. Mauro	
2º AUXILIAR: Dr. Paulo de Tasso Cavalcante Castro CRM: 1985		3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA Dr. Jana		TIPO DE ANESTESIA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do joelho esq Osteomíte + artrofíte					
TIPO DE OPERAÇÃO:					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:					
RELATÓRIO IMEDIATO PATHOLOGISTA:					
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:					

### Descrição da Operação

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPI

Unidade geral de anestesia e outras  
Já puxa fraca no friso da cota esq  
Joel - lateral do joelho esq com abordagem  
Visualizar redutor e sintese de pte  
fratim esq. Pct com artrofíte  
com friso em 1 e prafor fute &  
plan pr plan. Lixar o rebordo  
e tratar ferida

Dr. Paulo de Tasso  
Cavalcante Castro  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 1985

04.885.197/00012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMÍLIO  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Toméz Coelho 1578  
Messejana - CEP: 60.004-010  
Fortaleza - Ceará

Gráf. HDEBO - ME-Desp. 1000

CONF. DE CON. ORIGINAIS  
2017/11/19  
Delma

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

JOÃO MENDES DA SILVA  
NASCIMENTO: 05/06/1952 (67 ANOS)

N. DO PRONTUÁRIO: 5164141 N. DO BE: 377517  
SEXO: M RACIOC: PARDO

DATA DO ACIDENTE: 23/10/2019  
CATASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 72557451304; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 96002124844  
ENDERECO: RUA IPAMERI 780 USB M03 ANTÔNIO DIOGO  
CONTAÇÃO

MUNICÍPIO: FORTALEZA  
UF: CE  
CEP: 60.183-017

TRANSPORTE: AUTOMÓVEL

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE MOTO LANIMAL LUXAÇÃO NO JOELHO E ESCORAMENTO  
CATEGORIA: NH

MOTIVO: ABALRROAMENTO

FAZENDA DE DOP:  
99 (ADULTO)

TIPO: NE  
TRANSPORTE: NH  
COR: VERDE

MISSÃO ARTERIAL:  
N/N

SINAIS VITais

SAI 02  
N/%

PLS/DO:  
N/

GLICEMIA:  
N/

ALERTAS:  
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO:

KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO:  
23/10/2019 12:13:57

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO:  
EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMISE:

Referi acidente de moto no joelho luxou.  
Foi socorrido pelo SAMU de corvo. Referindo dor intensa  
no joelho.

TIPO DE ATENDIMENTO:

COD. PROCEDIMENTO:

016

TIPO DE ATENDIMENTO:

( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIOS-X

( ) OUTROS

MÉDICAMENTO:

PREScriÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

DESSERVAÇÕES

25/10/2019 12:13:57

GW

JO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA:  
( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

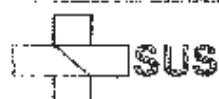
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por KARLA DANIELLE BEZERRA AGUIAR em 23/10/2019 12:13:57

Declaro solemne verdadeira as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

JOÃO MENDES DA SILVA

25/10/2019  
JOÃO MENDES DA SILVA



Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José MENDES DA SILVA

6 - NIF/PRONTUÁRIO  
5241967

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

16/06/1952

9 - SEXO

Homem  Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDERECO (RUA, N. BAIRRO)

12 - ENDERECO (RUA, N. BAIRRO)  
Av. 1000 - 100 - 05126-000

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. SISME MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOSES CLÍNICAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE COM FRACTURA DE RUMALTO TIBIAL P  
DE 6 DIAS. Dificuldade para deslocar-se

18 - CÓDIGO

19 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO

Risco de Complicações

19 - FAB

20 - DADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20106 MFO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
INTERNAÇÃO

25 - CÓDIGO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - CÓDIGO

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - CÓDIGO

34 - CÓDIGO

35 - CÓDIGO

36 - CÓDIGO

37 - CÓDIGO

34 - CÓDIGO

35 - CÓDIGO

36 - CÓDIGO

37 - CÓDIGO

38 - CÓDIGO

35 - CÓDIGO

36 - CÓDIGO

37 - CÓDIGO

38 - CÓDIGO

39 - CÓDIGO

36 - CÓDIGO

37 - CÓDIGO

38 - CÓDIGO

39 - CÓDIGO

40 - CÓDIGO

37 - CÓDIGO

38 - CÓDIGO

39 - CÓDIGO

40 - CÓDIGO

41 - CÓDIGO

38 - CÓDIGO

39 - CÓDIGO

40 - CÓDIGO

41 - CÓDIGO

42 - CÓDIGO

39 - CÓDIGO

40 - CÓDIGO

41 - CÓDIGO

42 - CÓDIGO

43 - CÓDIGO

40 - CÓDIGO

41 - CÓDIGO

42 - CÓDIGO

43 - CÓDIGO

44 - CÓDIGO

41 - CÓDIGO

42 - CÓDIGO

43 - CÓDIGO

44 - CÓDIGO

45 - CÓDIGO

42 - CÓDIGO

43 - CÓDIGO

44 - CÓDIGO

45 - CÓDIGO

46 - CÓDIGO

43 - CÓDIGO

44 - CÓDIGO

46 - CÓDIGO

47 - CÓDIGO

48 - CÓDIGO

44 - CÓDIGO

45 - CÓDIGO

47 - CÓDIGO

48 - CÓDIGO

49 - CÓDIGO

45 - CÓDIGO

46 - CÓDIGO

48 - CÓDIGO

49 - CÓDIGO

50 - CÓDIGO

46 - CÓDIGO

47 - CÓDIGO

49 - CÓDIGO

50 - CÓDIGO

51 - CÓDIGO

47 - CÓDIGO

48 - CÓDIGO

50 - CÓDIGO

51 - CÓDIGO

52 - CÓDIGO

48 - CÓDIGO

49 - CÓDIGO

51 - CÓDIGO

52 - CÓDIGO

53 - CÓDIGO

49 - CÓDIGO

50 - CÓDIGO

52 - CÓDIGO

53 - CÓDIGO

54 - CÓDIGO

50 - CÓDIGO

51 - CÓDIGO

53 - CÓDIGO

54 - CÓDIGO

55 - CÓDIGO

51 - CÓDIGO

52 - CÓDIGO

54 - CÓDIGO

55 - CÓDIGO

56 - CÓDIGO

52 - CÓDIGO

53 - CÓDIGO

55 - CÓDIGO

56 - CÓDIGO

57 - CÓDIGO

53 - CÓDIGO

54 - CÓDIGO

56 - CÓDIGO

57 - CÓDIGO

58 - CÓDIGO

54 - CÓDIGO

55 - CÓDIGO

57 - CÓDIGO

58 - CÓDIGO

59 - CÓDIGO

55 - CÓDIGO

56 - CÓDIGO

58 - CÓDIGO

59 - CÓDIGO

60 - CÓDIGO

56 - CÓDIGO

57 - CÓDIGO

59 - CÓDIGO

60 - CÓDIGO

61 - CÓDIGO

57 - CÓDIGO

58 - CÓDIGO

60 - CÓDIGO

61 - CÓDIGO

62 - CÓDIGO

58 - CÓDIGO

59 - CÓDIGO

61 - CÓDIGO

62 - CÓDIGO

63 - CÓDIGO

59 - CÓDIGO

60 - CÓDIGO

62 - CÓDIGO

63 - CÓDIGO

64 - CÓDIGO

60 - CÓDIGO

61 - CÓDIGO

63 - CÓDIGO

64 - CÓDIGO

65 - CÓDIGO

61 - CÓDIGO

62 - CÓDIGO

64 - CÓDIGO

65 - CÓDIGO

66 - CÓDIGO

62 - CÓDIGO

63 - CÓDIGO

65 - CÓDIGO

66 - CÓDIGO

67 - CÓDIGO

63 - CÓDIGO

64 - CÓDIGO

66 - CÓDIGO

67 - CÓDIGO

68 - CÓDIGO

64 - CÓDIGO

65 - CÓDIGO

67 - CÓDIGO

68 - CÓDIGO

69 - CÓDIGO

65 - CÓDIGO

66 - CÓDIGO

68 - CÓDIGO

69 - CÓDIGO

70 - CÓDIGO

66 - CÓDIGO

67 - CÓDIGO

69 - CÓDIGO

70 - CÓDIGO

71 - CÓDIGO

67 - CÓDIGO

68 - CÓDIGO

70 - CÓDIGO

71 - CÓDIGO

72 - CÓDIGO

68 - CÓDIGO

69 - CÓDIGO

71 - CÓDIGO

72 - CÓDIGO

73 - CÓDIGO

69 - CÓDIGO

70 - CÓDIGO

72 - CÓDIGO

73 - CÓDIGO

74 - CÓDIGO

70 - CÓDIGO

71 - CÓDIGO

73 - CÓDIGO

74 - CÓDIGO

75 - CÓDIGO

71 - CÓDIGO

72 - CÓDIGO

74 - CÓDIGO

75 - CÓDIGO

76 - CÓDIGO

72 - CÓDIGO

73 - CÓDIGO

75 - CÓDIGO

76 - CÓDIGO

77 - CÓDIGO

73 - CÓDIGO

74 - CÓDIGO

76 - CÓDIGO

77 - CÓDIGO

78 - CÓDIGO

74 - CÓDIGO

75 - CÓDIGO

77 - CÓDIGO

78 - CÓDIGO

79 - CÓDIGO

75 - CÓDIGO

76 - CÓDIGO

78 - CÓDIGO



576.4141

DATA: 16/11/19  
PACIENTE: Dr. Fausto

DATA DE ACESSO	16/11/19	ENFERMARIA	II	LEITO	36
2º AUXILIAR	Dr. Fausto	1º AUXILIAR	Dr. Fausto	INSTRUMENTADOR	
ANESTESIA	Dr. Fausto	3º AUXILIAR		TIPO DE ANESTESIA	
ANESTESISTA	Dr. Fausto	CRM 1983			

VIA DE ACESSO: Abordagem de 30 cm e extensão  
de 12 cm para fratura do tornozelo de 2014.  
Operação realizada com anestesia.

ESTILO PCS-OP. RATORIO:

ATLÉTICO INSTITUTO PATOLOGISTA

RAPOSO LIMA

DURANTE A OPERAÇÃO:

### Descrição da Operação

VIA DE ACESSO - TATICO E TÉC. LIGADURAS DRENAGENS - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP

Abordagem de 30 cm de extensão e altura.  
Fratura aberta de tornozelo de 2014.  
Fratura fechada de joelho com descolamento.  
Utilizar reduzir e fixar de 15-20 cm.  
Utilizar fibrofix com absorvente.  
Screws de 6 e fixar com fios.  
Fratura aberta de tornozelo com descolamento.  
Fratura fechada de joelho com descolamento.  
Fratura fechada de joelho com descolamento.

Dr. Paulo de Faria  
Catalinante Castro  
Traumat. Ortoped.  
CRM 1983

Gráf. HDEP/118-Dess.

RJ  
D. 22  
D. 23

## RELATÓRIO DE ALTA

5164 141

PACIENTE	WILSON	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO	23/11/11	DATA DA ALTA	23/11/11	DATA DE RETORNO
RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA				

Dr. Patrício de Vassoura  
Cavalcante, Onofre  
Traumato-Ortopédico  
CRM 1985 36

Ok

## DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO	Artrite
ANATÔMICO	
ETIOLÓGICO	
TRATAMENTO	REALIZADOS

## TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Ok

## TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

hnh > hb

CONDICAO DE ALTA:  CURADO  MELHORADO  PIORADO  ÓBROS  OUTROS

## OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

18/11/11



Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO E.: DOCUMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO E.: DOCUMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João MENESES DA SILVA

6 - AP. PRONTUÁRIO

5691

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/06/1952

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

100 - 11 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, Bairro)

R. EDUARDO V. FERREIRA, 100 - BOM JESUS

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IRDE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE COM FRACTURA DE PUNHALO TÍPICO P  
W + 6 DIAS DE DOR E DIFICULDADE PARA DORMIR

18 - FONTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Risco de Complicações

19 - FONTE

20 - DADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

FRACO DE 6 MESES

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIATIVAS

FRACTURA DO PUNHALO

INTERNAÇÃO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIATIVAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DOCUMENTO

29 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CNS  CPF

30 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26 - MUNICÍPIO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27 - VENCIMENTO DA PREVIDÊNCIA

32 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - SERIE

37 - CÓDIGO DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA

38 - CÓDIGO DE TRÂNSITO

41 - CBPF

39 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

40 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

41 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

42 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

45 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

43 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

46 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

44 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

44 - CNPJ DA EMPRESA

47 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

45 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

45 - CNPJ DA EMPRESA

48 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

46 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

46 - CNPJ DA EMPRESA

49 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

47 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

47 - CNPJ DA EMPRESA

50 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

48 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

48 - CNPJ DA EMPRESA

51 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

49 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

49 - CNPJ DA EMPRESA

52 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

50 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

50 - CNPJ DA EMPRESA

53 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

51 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

51 - CNPJ DA EMPRESA

54 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

52 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

52 - CNPJ DA EMPRESA

55 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

53 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

53 - CNPJ DA EMPRESA

56 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

54 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

54 - CNPJ DA EMPRESA

57 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

55 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

55 - CNPJ DA EMPRESA

58 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

56 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

56 - CNPJ DA EMPRESA

59 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

57 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

57 - CNPJ DA EMPRESA

60 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

58 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

58 - CNPJ DA EMPRESA

61 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

59 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

59 - CNPJ DA EMPRESA

62 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

60 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

60 - CNPJ DA EMPRESA

63 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

61 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

61 - CNPJ DA EMPRESA

64 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

62 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

62 - CNPJ DA EMPRESA

65 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

63 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

63 - CNPJ DA EMPRESA

66 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

64 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

64 - CNPJ DA EMPRESA

67 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

65 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

65 - CNPJ DA EMPRESA

68 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

66 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

66 - CNPJ DA EMPRESA

69 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

67 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

67 - CNPJ DA EMPRESA

70 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

68 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

68 - CNPJ DA EMPRESA

71 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

69 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

69 - CNPJ DA EMPRESA

72 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

70 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

70 - CNPJ DA EMPRESA

73 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

71 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

71 - CNPJ DA EMPRESA

74 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

72 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

72 - CNPJ DA EMPRESA

75 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

73 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

73 - CNPJ DA EMPRESA

76 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

74 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

74 - CNPJ DA EMPRESA

77 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

75 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

75 - CNPJ DA EMPRESA

78 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

76 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

76 - CNPJ DA EMPRESA

79 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

77 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

77 - CNPJ DA EMPRESA

80 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

78 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

78 - CNPJ DA EMPRESA

81 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

79 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

79 - CNPJ DA EMPRESA

82 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

80 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

80 - CNPJ DA EMPRESA

83 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

81 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

81 - CNPJ DA EMPRESA

84 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

82 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

82 - CNPJ DA EMPRESA

85 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

83 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

83 - CNPJ DA EMPRESA

86 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

84 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

84 - CNPJ DA EMPRESA

87 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

85 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

85 - CNPJ DA EMPRESA

88 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

86 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

86 - CNPJ DA EMPRESA

89 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

87 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

87 - CNPJ DA EMPRESA

90 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

88 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

88 - CNPJ DA EMPRESA

91 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

89 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

89 - CNPJ DA EMPRESA

92 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

90 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

90 - CNPJ DA EMPRESA

93 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

91 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

91 - CNPJ DA EMPRESA

94 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

92 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

92 - CNPJ DA EMPRESA

95 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

93 - CÓDIGO DE TRABALHO TÍPICO

93 - CNPJ DA EMPRESA

SISTEMA DE REGISTRO DE PACIENTES		REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
SISTEMA DE REGISTRO DE PACIENTES			5764141
DATA: 06/11/19		ENFERMAGEM	LEITO 36
PACIENTE: Dr. Cavalcante Castro		1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
FAMILIAR: Dr. Cavalcante Castro		2º AUXILIAR	
ESTA: Dr. Cavalcante Castro		3º AUXILIAR	
TIPO DE ANESTESIA: Glicorufina + Oxitocina			
ESTADO FÍSICO: Bo			
TIPO DE OPERAÇÃO: Tumor de Bartholin			
ESTADO PÓS-OPERATÓRIO:			
MÉDICO PÓS-OPERATÓRIO:			
MÉDICO IMEDIATO PATOLOGISTA:			
MÉDICO DE CONSULTA:			
MÉDICO DE CONSULTA:			
LUGAR DA OPERAÇÃO:			
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICO: LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASP Táctico: Corte de Bartholin e extirpação Técnico: Ligateira de 7mm e 6mm Acessos laterais da próstata e extirpação Material: Redutor e Sutura de 3/0 História: Sobreferir com extirpação Este globo em tese permaneceu para sempre dentro do globo permanecendo			
Dr. Paulo de Castro Cavalcante Castro Traumato - Ortopeda CRM 1985		Graf. HDEBO 01-Desp	

  
 Dr. Paulo de Castro  
 Cavalcante Castro  
 Traumato - Ortopeda  
 CRM 1985

Documentos de Identificação



JOÃO MENDES DA SILVA		
DOC. IDENTIF. / CÓD. INSCRIÇÃO	96002124044	SSP - CE
CPF	725.574.513-04	DATA NASCIMENTO 06/06/1952
NOME FRANCISCO GOMES DA SILVA MARIA MENDES DA SILVA		
SEXO	ME	CAT. NAC.
INSCRIÇÃO	06024686741	VALIDADE 19/12/2021
EMISSIONE 16/03/2014		

OBSERVAÇÃO	
SEM OBSERVAÇÃO	

Assinatura do Portador	
LOCAL	DATA EMISSÃO
PORTALEXA, CE	21/12/2016
41038445618 CE160458314	

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1664331305

CEARÁ

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO-CPF



Número  
**725.574.513-04**

Nome  
**JOAO MENDES DA SILVA**

Nascimento  
06/06/1952

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTÍCULA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JOAO MENDES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

96002124844 SSP CE

CPF

725.574.513-04 06/06/1952

DATA NASCIMENTO

FILIAÇÃO

FRANCISCO GOMES DA  
SILVA  
MARIA MENDES DA SILVA

PERMISSÃO



ACC



CAT.HAB.



Nº REGISTRO

06024686741

VALIDADE

19/12/2021

1º HABILITAÇÃO

18/03/2014

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

*João Mendes da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

21/12/2018

*IGOR VASCONCELOS PONTE*

ASSINATURA DO EMISSOR

41038445618  
CE168458314

CEARÁ

DENATRAN CEARÁ

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1664331305

PROIBIDO PLASTIFICAR

1664331305



三

CE Nº 0153B4401374 BILHETE DE SEGURO DPVAT		QIM1065 / CE
72557451304		
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR</b>		
<b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b> <b>15384401374</b> 65695364006		
EXERCÍCIO: <input type="text" value="2019"/> DATA EMISSÃO: <input type="text" value="09/09/2019"/>		
VIA: <input type="text" value="1"/> OFICINA: <input type="text" value="72557451304"/> PLACA: <input type="text" value="QIM1065"/>	MARCA/Modelo: <input type="text" value="HONDA / FPC100"/> Nº CHASSI: <input type="text" value="SG2HE0210CR027302"/>	VALOR DA COBERTURA: <input type="text" value="R\$ 84,56"/>
RENAVAM: <input type="text" value="677570267"/> ANO/FAB: <input type="text" value="2012"/> DATA: <input type="text" value="09"/>	<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b> FNS (R\$) <input type="text" value="36,05"/> DEPARTAMENTO (R\$) <input type="text" value="4,01"/> CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="text" value="40,05"/> CUSTO DO BILHETE (R\$) <input type="text" value="4,15"/> IGF (R\$) <input type="text" value="0,32"/> TOTAL DE PAGAMENTO (R\$) <input type="text" value="84,56"/> PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> PARCELADO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ: 09.248.606/0001-04 MOTOR: HSG2E1C027302		



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443018/19

Vítima: JOAO MENDES DA SILVA

CPF: 725.574.513-04

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

UNIDOS



Data do acidente: 17/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO MENDES DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOAO MENDES DA SILVA : 725.574.513-04**

- 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](http://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: 10/12/2019  
Nome: JOAO MENDES DA SILVA  
CPF: 725.574.513-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

JOAO MENDES DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200044597      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MENDES DA SILVA      **Data do acidente:** 17/10/2019      **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 05/02/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS). PÁG 4/5

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**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 JOELHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443018/19

**Vítima:** JOAO MENDES DA SILVA

**CPF:** 725.574.513-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/10/2019

**Titular do CPF:** JOAO MENDES DA SILVA

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOAO MENDES DA SILVA : 725.574.513-04**

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](http://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: 10/12/2019  
Nome: JOAO MENDES DA SILVA  
CPF: 725.574.513-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

JOAO MENDES DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037343/20

**Número do Sinistro:** 3200044597

**Vítima:** JOAO MENDES DA SILVA

**Data do acidente:** 17/10/2019

**CPF:** 725.574.513-04

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO MENDES DA SILVA

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

## 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](http://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.

# 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: 19/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01048

CONTA: 000000032525-9

---

Nr. da Autenticação 38DB5B176D202BF3

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>JOSÉ MENESES DO SICUO</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>JOSÉ MENESES DO SICUO</i>		6 - CPF:	72557451304
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
15 - E-mail:				

**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:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: <i>1048</i>	CONTA: <i>32526</i>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  Nome do BANCO: _____			
(Informar o dígito se existir)		(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**

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, se as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta ação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no CRM)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos:	30 - Vítima deixou nascituro/várias filhas? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos vivos: <input type="checkbox"/> Vivos	33 - Vítima deixou pais/filhos vivos? <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos	<input type="checkbox"/> 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 quaquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)
40 - Local e Data:		<i>20/08/2019</i>	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)		44 - Assinatura da testemunha	

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, 30 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044597**

**Vítima: JOAO MENDES DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA**

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, 30 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200044597**

**Vítima: JOAO MENDES DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovação de registro de acidente declarado</b>	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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



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, 17 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200044597**

**Vítima: JOAO MENDES DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA**

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 Investprev Seguradora S/A, 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

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, 25 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200044597**      **Vítima: JOAO MENDES DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO MENDES DA SILVA**

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 joelho 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: JOAO MENDES DA SILVA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001048**

**Conta: 0000032525-9**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURC

Autorização de pagamento



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	72557451304	João Mendes da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	72557451304
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ambulante	R. Pernambuco	780	
Bairro:	Centro	CEP:	60183017
E-mail:	Tel.(DDD): (85) 38543426		

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

RENDIMENTO MENSAL:			
<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1048 CONTA: 32525 9	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MORTE	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Fortaleza, 28 novembro 2019	TESTEMUNHAS
		Nome: João Mendes da Silva	1º   Nome: _____ CPF: _____
	CPF: 72557451304	Assinatura	
	(*) Assinatura de quem assina A RODO	2º   Nome: _____ CPF: _____	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Boletim de ocorrência

Isso nº 2019865002



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E MORTUAS  
Clique aqui para imprimir o boleto  
Data: 27/11/2019 - Hora: 15:46:35  
Delegacia: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
UF: CE - Cidade: FORTALEZA  
Nome: JOAO MENDES DA SILVA LIMA  
CPF: 725.574.513-04  
RG: 96002124844  
Orgão Emissor: SSP  
UF: CE  
Município: FORTALEZA/CE  
Bairro: PRAIA DO FUTURO  
CEP: 60210-000  
Número: 780  
Endereço: RUA IPAMERI, 780  
Cidade: FORTALEZA/CE  
UF: CE  
País: BRASIL  
Telefone: 8715-5200  
Valor Total R\$ 2,50. Válido por 30 dias a partir da data de emissão  
Autenticação - Certifico que esta cópia reproduzida é reprodução fiel do  
original que de fato apresentado. Por: *João Mendes da Silva Lima*  
Fornecido a *JOAO MENDES DA SILVA LIMA* (Escrevente) - FORTALEZA  
Data: 27/11/2019 - Hora: 15:46:35

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4079 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **27/11/2019 15:46:35**  
Data / Hora da Ocorrência: **17/10/2019 21:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV DIOGUINHO, VICENTE PINZON - FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOAO MENDES DA SILVA**  
Nascimento: **06/06/1952** CPF: **725.574.513-04**  
RG: **96002124844** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA**  
**FRANCISCO GOMES DA SILVA**  
Endereço: **RUA IPAMERI, 780**  
Bairro: **PRAIA DO FUTURO**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** CEP: **60210-000**  
Telefone: **8715-5200**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OIM1065** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2HB0210CR027302** Renavam: **477570267** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012**  
Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO MENDES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDAPOP 100, PLACA OIM1065, PELA AVENIDA DIOGUINHO, QUANDO UM JUMENTO PASSOU NA FRENTE DO VEICULO, QUE VEIO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE O DECLARANTE VEIO A SOLO, SENDO SOCORRIDO POR UM TRANSEUNTE; QUE SUA FILHA LHE SOCORREU, EM SEGUIDA, LEVANDO-LHE PARA A UPA DA PRAIA DO FUTURO E, EM SEGUIDA, PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA; QUE AFIRMA TER SOFRIDO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES, E NÃO MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** *João Mendes da Silva*

**MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *João Mendes da Silva*

**VISTO DO DELEGADO(A) :** *Maria Carolina Santos Barreira*

**MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019865002

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4079 / 2019****Dados da Ocorrência****Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: 27/11/2019 15:46:35

Data / Hora da Ocorrência: 17/10/2019 21:00:00

Endereço da Ocorrência: AV DIOGUINHO, VICENTE PINZON -

**FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JOAO MENDES DA SILVA**

Nascimento: 06/06/1952 CPF: 725.574.513-04

RG: 96002124844 Orgão Emissor: SSP

UF:

Filiação: **MARIA MENDES DA SILVA****FRANCISCO GOMES DA SILVA**Endereço: **RUA IPAMERÍ, 780**Bairro: **PRAIA DO FUTURO**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**

CEP: 98543-0261

Telefone: 8715-5200/8422-5404

**Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OIM1065** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2HB0210CR027302 Renavam: 477570267 Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2012**Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:**JOAO MENDES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:**COLISAO****Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDAPOP 100, PLACA OIM1065, PELA AVENIDA DIOGUINHO, QUANDO UM JUMENTO PASSOU NA FRENTES DO VEICULO, QUE VEIO A COLIDIR COM O ANIMAL; QUE O DECLARANTE VEIO A SOLO, SENDO SOCORRIDO POR UM TRANSEUNTE; QUE SUA FILHA LHE SOCORREU, EM SEGUIDA, LEVANDO-LHE PARA A UPA DA PRAIA DO FUTURO E, EM SEGUIDA, PARA O HOSPITAL FROTINHA DE MESSEJANA; QUE AFIRMA TER SOFRIDO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES. E NÃO MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A):**

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7