



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01422812-2** em **02/09/2020 14:31:49**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

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

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0242908-48.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01422812-2
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 02/09/2020 14:31:49

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

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

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

Petição* : 2745774_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2745774_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-9.pdf

Downloads

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

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652920

Vítima: ANTONIO WEMERSON RABELO

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO WEMERSON RABELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652920

Vítima: ANTONIO WEMERSON RABELO

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO WEMERSON RABELO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ANTONIO WEMERSON RABELO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000926**

Conta: **000000036938-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ 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:

043.963.573-00 Antonio Wemerson Rabelo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Antonio Wemerson Rabelo 043.963.573-00

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Rua Vital Brasil, 02919 103 AP

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Granga Portugal Fortaleza Ceará 60541-492

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

85.986703819

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926 08 CONTA: 00036938 8 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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

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 autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza CE, 21/11, 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

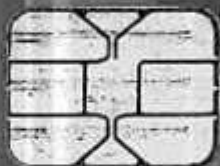
x Antonio Wemerson Rabelo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



débito

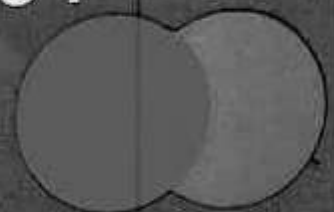
603689 0010 67118 4901

6036

VALID
THRU

10/24

ANTONIO WEMERSON RABELO
0926 013 00036938-8



mastercard

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 22 - CONTA: 23 - AGÊNCIA: 24 - CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) ou nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019847231



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3958 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/11/2019 15:27:07**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2019 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PORTO VELHO , HENRIQUE JORGE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO WEMERSON RABELO**
Nascimento: **05/11/1991** CPF: **043.963.573-03**
RG: **2007012001935** Orgão Emissor: **SSPCE** UF:
Filiação: **MARIA JOSINEIDE RABELO**
NC
Endereço: **RUA VITAL BRASIL, 2919 AP 106**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98677-0085**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HWY2252 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC30302R007594 Renavam: 779355822 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 CARGO Ano Fabricação: 2002 Ano Modelo: 2002 Combustível: GASOLINA Cor: BRANCA Proprietário: ANDREA BEZERRA COELHO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRABALHAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA HWY-2252 NA AV PORTO VELHO QUANDO COLIDIU COM UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE PAROU REPENTINAMENTE NA VIA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA - ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Wemerson Rabelo

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
043.963.573-00 Antonio Wemerson Rabelo

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

5 - Nome completo: Antonio Wemerson Rabelo 6 - CPF: 043.963.573-00
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Vital Brasil, 02919 9 - Número: 103 10 - Complemento: AP
11 - Bairro: Granja Portugal 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: Ceará 14 - CEP: 60541-492
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85-986703819

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0976 018 CONTA: 00036938 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza CE, 21/11, 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04396357303 3 - CPF da vítima: 04396357303 4 - Nome completo da vítima: Antonio Wemerson Rabelo

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

5 - Nome completo: Antonio Wemerson Rabelo 6 - CPF: 04396357303
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0926 43 CONTA: 00036938 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

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 autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA CE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

192

REGIONAL FORTALEZA

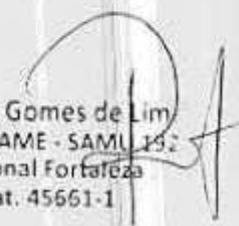
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Antonio Wemerson Rabelo** - C.P.F. - **043.963.573-03**, no dia **09/09/2019**, às **16h55min**, na **Avenida Porto Velho**, no **Bairro Henrique Jorge**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.


Documento requerido pelo Sr. **Pedro Ribeiro de Carvalho** por meio do Processo nº **P906527/2019**.

Fortaleza, 22 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-906527/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M-01 PONTO DE APOIO: H.M.F. Nº DA OCORRÊNCIA: 0850
DATA: 09/09/19 TURNO: MT EQUIPE: Bruto + m...
NOME: Antonio Wemerson Rabelo IDADE: 27 SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Porto Velho SN
REFERÊNCIA: Próximo Ponte do Genibau BAIRRO: H. Jorge
QTY: 16:45 QUS: 16:55 QUY: 17:10 QUU: 17:40
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Edição intolerante

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR: _____

A
VitalidadePADRÃO
RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

B
Circulação

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☒ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO
CAPILAR

☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO
EXTERNO

☒ SIM
☐ NÃO

C
Circulação

LOCAL: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA

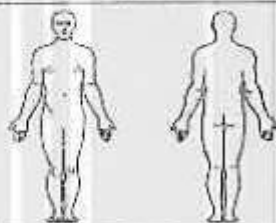
OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

D
Fisiológico

TOTAL: 15

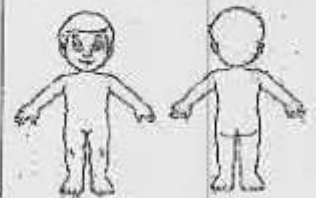
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

ADULTO



LESÕES

PEDIÁTRICO

E
Experiência

SAMPLA

FC: _____ PA: _____ FR: _____ GLIC.: _____ OXIM.: _____ TEMP.: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

pac de 27 anos, vítima acidente moto/carro, t/ausp. de fratura de MIE (Tibia e fíbula) + lacerações e escoriações MIE, consciente, Orientada, eupneica, afébril, verbaliza, não desambuou, entre outros p/avaliar trauma. Postura.

QTw-D: buscar

ASS. / COREN:

Silvania Márcia da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 144164/5

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: Fronteira Ant. Betema

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO WEMERSON RABELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00926

CONTA: 000000036938-8

Nr. da Autenticação 5436E01B34636690

A Terna Sotil de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética de Goiás
Rua Padre Nogueira, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.281/0001-70 | CEP 05.125-946-3

Para solicitar seu atendimento, utilize o nº acima
ou entre em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 018983479

Rota	FOL17031 - 445400	Referência	09/2019
Nome	ANTONIO WENERSON RABELO		
Endereço	RUA VITAL BRASIL, 02919 - AP 103, GRANJA PORTUGAL, 06054-11-492, FORTALEZA		
Classificação	Residencial Pleno		
Modalidade Tarifária	B1 RESIDENCIAL	Emissão	24/03/2019
Ligação	Mônica Fôscio	Medidor	4487016-CPN-380

AREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

64Y264621E-15E 38F3004E4752

DATA DI LETTURA 26/09/2005

Anterior	Anual	Próxima prestação
25/03/2019	24/09/2019	25/10/2019

[illegible]

DADOS DA MEDICÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Máx (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fiel. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
17	9.025	9.150	1,00	82	88	82	0,77226	63,32

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - TIUM PUB PREF MUNIC
ADICIONAL BAND. VERMELHA
CONSUMO

0 05817

5.17

0.05817

4.77

9,77229

63,32

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	68,09	27,00	18,38
PIS	68,09	0,81	0,53
COFINS	68,09	3,69	2,49

15/10/2019

73,26

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 043.963.573-03

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

0.0022

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica 1%CO ₂
32,01	0,00	0

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 27/08 - 24/09

Nº do Cliente: 10133955 Referência: 09/2019 V: [1.0.0.5]
Data de Emissão: 24/09/2019 Total a Pagar (R\$): 73,26
Nº da Nota Fiscal: 018983470 Nº de Controle: 12003950596

838000000000 9 73260031010 0 00395059607 2 00010133955 0





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 559746572

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
5977557 DV 2VENCIMENTO
11/02/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 19 01250 20 0116200

Medidor

Poste

Nome PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO

7936744

0000 N93W

Endereço Postal

End. da Unidade RU CEL FABRICIANO 03814 GRANJA PORTUGAL FORTALEZA

Consumidora 60320600

RG / CPF / CNPJ 016.245.877-04

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 2486 2486 1 0 0 0

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

05/02/2019

25/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C307.7D7D.F19E.CBA7.35F1.146D.26D4.E9D7

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

0,00

18%

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

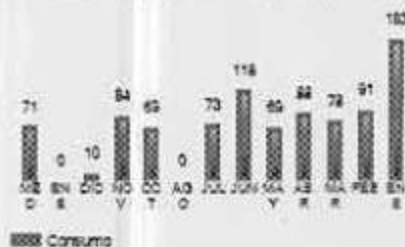
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,11

Conjunta

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 5977557-2

N° da Nota Fiscal: 559746572

Total a Pagar (R\$): 0,00

Data de Emissão: 06/02/2019

Referência: JAN/2019

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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/BIB_IOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Antonio Wemerson Rebelo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.245.817 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Wemerson Rebelo

Inscrito (a) no CPF sob o nº 043.963.573 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Juvenil

da Vítima Antonio Wemerson Rebelo

Inscrito (a) no CPF sob o nº 043.963.573 / 00, 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 Líder-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: Rua Colonel Fabriciano

Número: 3814

Complemento: Casa

Cidade: Cesário Bicudo

Estado: CE

CEP: 61600-000

E-mail: _____

Tel. (DDD): _____

085.986703813

Local e Data: Fortaleza, Ceará

Antonio Wemerson Rebelo

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 020 1595 / 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, ANDREA BEZERRA COELHO
RG nº 92002330867, data de expedição 11/02/98
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 56729308320
com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Adiel dos Santos. Caucáia, nº 217
complemento PARA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antonio Wernerson Rabelo, cujo o condutor era
Antonio Wernerson Rabelo
Veículo: Moto Modelo: HONDA 125 Ano: 2002
Placa: HWV 2252 Chassi: 9C23G30302R007594
Data do Acidente: 09/09/19

Local e Data: FORTALEZA, CE

CARTÓRIO
JAIME ARARIPE

Andrea Bezerra Coelho

Assinatura do Declarante

Antonio Wernerson Rabelo

Assinatura do Condutor

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



DADOS PESSOAIS

ANTONIO WEMERSON RABELO

N° DOB MONTUARO 228192	N° DOB 313454
------------------------------	------------------

05/11/1991(27
ANOS)

THE M	ROBERT PARO
-------	-------------

NOME MAE
MARIA JOSINEIDE RABELO

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04396357303

43E N01: NR OC

CORIALE2a

1071-2400

CE

ENDEREÇO
RUA SANTA ADÉLIA 107 PARQUE GENIBAU
CONTATO
(85) 98435-2271

DISCUSSION

CLASSIFICAÇÃO DE IUSCO

ATENDIMENTO PELO SAMU NO LOCAL DA OCORRÊNCIA TRAUMA MIE COM LACERAÇÃO NA COXA E
POS COLISÃO HA 62 HORA

INDÍCIO COLISÃO CARRO X MOTO

TOTAL OF 99 (ADULTS)

SENNA VITAE

1.1 KC	PRE-TRAD ARTISTICAL	SAT 102	PUSO	SHIPPIN
1.2 KC	N/N	N1%	NI	NI
1.3 KC	ALPHABET			
1.4 KC	NI			

MARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA HELENA RODRIGUES

DATE TIME: 09/09/2019 17:13:41

AREA ATTENDANCE

ATTACHMENTS ATTACHMENT TO TRAUMA

ALENDIMENTO MÉDICO

Pointe de l'ap. pectoral profond et sous le pectoral
et mammaire de l'ap. pectoral profond et sous le pectoral
pointe de l'ap. pectoral profond et sous le pectoral

DocId:34267817 COD. PROCEINQUARTO 1.2

1-1	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	1-7	1-8	1-9	1-10	1-11	1-12	1-13	1-14	1-15	1-16	1-17	1-18	1-19	1-20	1-21	1-22	1-23	1-24	1-25	1-26	1-27	1-28	1-29	1-30	1-31	1-32	1-33	1-34	1-35	1-36	1-37	1-38	1-39	1-40	1-41	1-42	1-43	1-44	1-45	1-46	1-47	1-48	1-49	1-50	1-51	1-52	1-53	1-54	1-55	1-56	1-57	1-58	1-59	1-60	1-61	1-62	1-63	1-64	1-65	1-66	1-67	1-68	1-69	1-70	1-71	1-72	1-73	1-74	1-75	1-76	1-77	1-78	1-79	1-80	1-81	1-82	1-83	1-84	1-85	1-86	1-87	1-88	1-89	1-90	1-91	1-92	1-93	1-94	1-95	1-96	1-97	1-98	1-99	1-100	1-101	1-102	1-103	1-104	1-105	1-106	1-107	1-108	1-109	1-110	1-111	1-112	1-113	1-114	1-115	1-116	1-117	1-118	1-119	1-120	1-121	1-122	1-123	1-124	1-125	1-126	1-127	1-128	1-129	1-130	1-131	1-132	1-133	1-134	1-135	1-136	1-137	1-138	1-139	1-140	1-141	1-142	1-143	1-144	1-145	1-146	1-147	1-148	1-149	1-150	1-151	1-152	1-153	1-154	1-155	1-156	1-157	1-158	1-159	1-160	1-161	1-162	1-163	1-164	1-165	1-166	1-167	1-168	1-169	1-170	1-171	1-172	1-173	1-174	1-175	1-176	1-177	1-178	1-179	1-180	1-181	1-182	1-183	1-184	1-185	1-186	1-187	1-188	1-189	1-190	1-191	1-192	1-193	1-194	1-195	1-196	1-197	1-198	1-199	1-200	1-201	1-202	1-203	1-204	1-205	1-206	1-207	1-208	1-209	1-210	1-211	1-212	1-213	1-214	1-215	1-216	1-217	1-218	1-219	1-220	1-221	1-222	1-223	1-224	1-225	1-226	1-227	1-228	1-229	1-230	1-231	1-232	1-233	1-234	1-235	1-236	1-237	1-238	1-239	1-240	1-241	1-242	1-243	1-244	1-245	1-246	1-247	1-248	1-249	1-250	1-251	1-252	1-253	1-254	1-255	1-256	1-257	1-258	1-259	1-260	1-261	1-262	1-263	1-264	1-265	1-266	1-267	1-268	1-269	1-270	1-271	1-272	1-273	1-274	1-275	1-276	1-277	1-278	1-279	1-280	1-281	1-282	1-283	1-284	1-285	1-286	1-287	1-288	1-289	1-290	1-291	1-292	1-293	1-294	1-295	1-296	1-297	1-298	1-299	1-300	1-301	1-302	1-303	1-304	1-305	1-306	1-307	1-308	1-309	1-310	1-311	1-312	1-313	1-314	1-315	1-316	1-317	1-318	1-319	1-320	1-321	1-322	1-323	1-324	1-325	1-326	1-327	1-328	1-329	1-330	1-331	1-332	1-333	1-334	1-335	1-336	1-337	1-338	1-339	1-340	1-341	1-342	1-343	1-344	1-345	1-346	1-347	1-348	1-349	1-350	1-351	1-352	1-353	1-354	1-355	1-356	1-357	1-358	1-359	1-360	1-361	1-362	1-363	1-364	1-365	1-366	1-367	1-368	1-369	1-370	1-371	1-372	1-373	1-374	1-375	1-376	1-377	1-378	1-379	1-380	1-381	1-
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

Pó de pólvora (4) 20/ 100g
 Pó de pólvora (5) 20/ 100g

APRAZAMENTO

OBSERVATIONS

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTADO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos

Mat-45632

Coordenador do SAME - HDEAM

TIPO DE ALTA SAÍDA

DECISÃO MÉDICA: ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO OBITO: ☒ ANTE 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS

CAPINGE E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Printado pelo usuário MARIA HELENA RODRIGUES em 09/09/2019 às 17:13:45

eu, o signatário, confirmo a veracidade das informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 296 do Código de Processo Penal.

10: Encomenda " e aqui para o pt anterior
pelo, depois return o parent pt

ANTONIO WEMERSON RABELO

SCIN 10



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

119

S

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ANTONIO WEMERSON RABELO

CADUS

Nº DO
PRONTUÁRIO
388726

Nº DO BE
288770

NASCIMENTO
**05/11/1991(27
ANOS)**

SEXO
M

RACACOR
PARDO

DOCUMENTOS

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04396357303; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2007012001935

NOME DE
MARIA JOSINEIDE RABE

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

CEP

60.534-240

UF
CE

ENDEREÇO
RUA SANTA ADÉLIA 107 PARQUE GENIBAÚ
CONTATO
(85) 98906-0684

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

QUEIXA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**PACIENTE PROVENIENTE DO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA REGULADO VIA
CENTRAL DE LEITOS, COM FRATURA EM MIE.**

MOTIVO
AValiação TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS

NI

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PESO

NI KG

TEMPERATURA

NI °C

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

SAT O2

NI%

PULSO

NI

GLICEMIA

NI

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

RAIANE VALENTIM ALMINO

DATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
**10/09/2019
20:49:28**

CLASSI

VE

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*Anteriores fraturas de braço e
mão direita.*

DIAGNÓSTICO

CÓD. PROCEDIMENTO

CID

SÍNT. SUGERIDO

☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 20000*

33090200

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por RAIANE VALENTIM ALMINO em 10/09/2019 às 20:49:31

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.

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Maria Josineide Rabe
ANTONIO WEMERSON RABELO

Mônica Saba

Mônica Saba

Mat. 15054

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Name:

Antonie Wilmssen Robels

Prontuário

Enferm.

Letto

Data Internacional

Diagnostico

101 091 10

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

10
9

deleta subord. Neta
Cargio. Neta do Subor.
Beyne.

Dr. Roberio Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia

10.09.2019 #Einführungst#

A.W.E. 27a; medicina, admitido na empresa
com fratura tibia G; Honraente, eusta feto;
Verbalizando - desmbrando clausura;
em si ambiente, eupneo, deute, data 10
Nga 145, de ecloga medicamentosa, proveniente
do post. idnt. Bala Encombrado p/ pto I 2
119 p/ TRO traumatoleso

10/09/19 - 22:00 AUTº WENNERSON RABELO, ADM. N.º 1
 DA UNIDADE PROVENIENTE DA EMERGENCIA, CHEGOU
 DE MACA, CONSC. ORIENTADO, VERBAUTANDO SEUS MEMBROS
 COM L.º FRACTURA TIBIA E. NEGA COMORBIDADES E
 HISTÓRIA MEDICAMENTOSA — 19912-
 EXAMES PRÉ-OP. ANEXADOS AO IMÓVILIZADO — 1º Sargento Pereira

Dr. Sanger Porras
Enfermera
COPPEL CE 436.633

11/07/19 present Human Genome, some interesting facts/observations

NOTA: OBRIGADO A JOSÉ MARCOS DE OLIVEIRA
ATENDO COM CONFIANÇA E COM QUALIDADE.

J. P. Jones

[Handwritten signature]

RESULTS



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL SOTI MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: RUA FERNANDES
AL. Góes de Faria nº 1235 - Parque - CEP 20.720-000 - Fortaleza - CE
Telefone (85) 3213-1211 - Fax (85) 3213-1212

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
38 8726

Paciente: ANTONIO WEMOLSON MIBELO

Data da Operação: 14/09/2014 Enfermaria: Leito: 27A

Operador: EUSEBIO

Antonio Eusebio T. Rocha
CRM 4774
Traumato

1º Auxiliar: ROBERTO

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1447

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: JUNIOR

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA PERNA (E)

Tipo de Operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO 30727138 9A

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato Patologista:

HOSPITAL DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação: 2.3. Inadapta

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- PUENTE DECURSO DORSAL
- AMESSUR + ALBERGIA + CINTOS
- FAIXA DE SMACH
- VIA DE ACESSO AMPLIO LIGAM
- DISSECAÇÃO POR PULSOS
- REDUÇÃO FRATURA DORSO DA TIBIA
- FIXAÇÃO COM PLACA DE FURTO
- + 06 PARAFUSOS CORTICIS
- LAVAGEM SF
- SUTURA POR PULSOS
- CURATIVO
- BANDA

Antonio Eusebio T. Rocha
CRM 4774
Traumato

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1447

DATA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Id.	Descripción	Unidades	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

		SINAIS VITAIS			
N.º	10				
P.A.:	120 x 80				
TEMP.º:	36.6				
P./MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NAME: ANTONIO WEMERSON RABELO

IDADE: 37a

ENF.:

LEITO.

Nº. PRONTUÁRIO:

[illegible]

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

NOME:

Antonio Wernerson

IDADE:

ENF.:

LETT:

Nº. PRONTUÁRIO:

[illegible]

Dr. Paul Peter
BIOGRAPHICAL

Conclusion

August 15, 1964

Nome: <u>Antonio Waudemar Robelo</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			70 10912019	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu.

DATA	EVOLUÇÃO
14/09/19	<p>P.W.R. O. 27 anos, em PO de fratura de tibia E. curvado, deambulando com auxílio. AUP em pérvio. nega complicações. traumas prévios, dor em correspondência e presente em queixa no período. segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.</p> <p><i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 1200</p>
15/09	<p>Presença de</p> <p><i>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM 1200</p>

15/09 Paciente AW. 20, 27 anos, em PO de fratura de tibia E. curvado, deambulando com auxílio. AUP em pérvio. nega complicações. traumas prévios, dor em correspondência e presente em queixa no período. segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1200

16/09/19 fratura operada, em condições de pontos retos para alta, mantendo ATB EV.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1200

HOSPITAL REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DE FORTALEZA
ATENÇÃO À SAÚDE COM CUIDADO COM O PACIENTE

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1200

16/09/19 P.W.R. O. 27 anos, em PO de fratura de tibia E. curvado, deambulando com auxílio. AUP em pérvio. nega complicações. traumas prévios, dor em correspondência e presente em queixa no período. segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1200

18/09

Presença de

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1200

FOLHA DE ANESTESIA A

Prontuário Nº: 388726

Name: Arthur W. Anderson

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: 14/06/19	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:		
Estado Mental: <i>lúcido, tranquilo</i>		Afáxicas:	Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório: <i>frat. ossos da perna</i>			Estado Físico: <i>ASA I</i>		Risco: <i>—</i>	

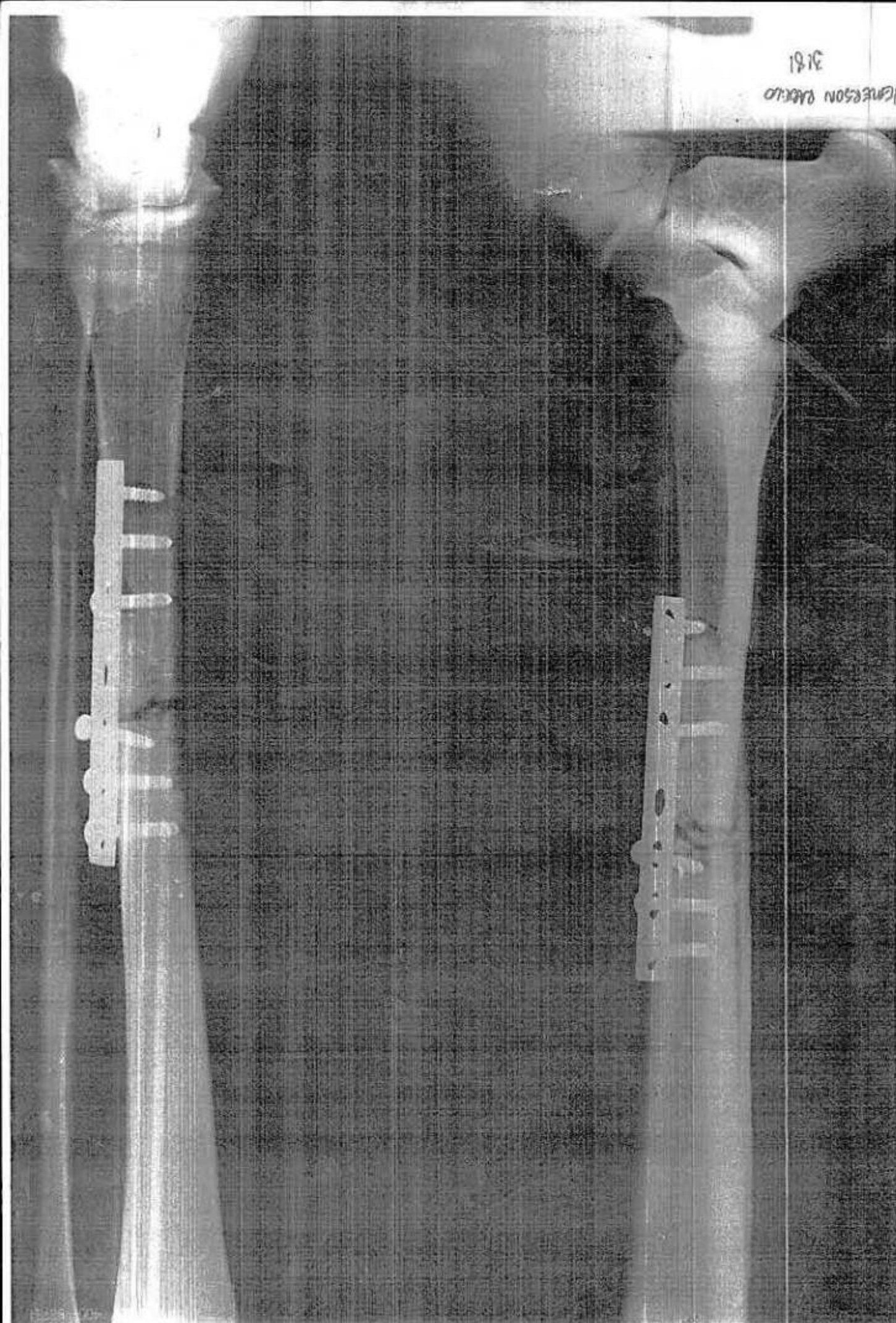
Indicação Pré-anestésica

Aplicadas às

Evento

[illegible]

3181
JENSEN 04010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014732566770
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
PRT 01 779355822 0000000000 2019

NOME
ANDREA ELZERRA COELHO
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ PLACA
56729308320 HWY2252/CE
PLACA ANT / UE CHASSI
/CE 902JC30302R007594

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
CAR/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125 CARGO 2002 2002

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
1F/12CV/124CC FARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPV A 25% 3%
FAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 80.43 01/02/2019

OBSERVAÇÕES
FORTALEZA

LOCAL DATA
FORTALEZA 21/03/2019
Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014732566770 BILHETE DE SEGURO DPVAT

56729308320 HWY2252/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014732566770 64089000863

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 21/03/2019

VIA CDD-RENAVAM PLACA
01 56729308320 HWY2252
RENAVAM MARCA / MODELO
779355822 HONDA/CG 125 CARGO
ANO FAB CATEG. Nº CHASSI
2002 FART 902JC30302R007594

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	TOTAL PRÊMIO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA PARCELADO	01/02/2019	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E32007594 02013

014732566770
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE

ASSINATURA



02013
HWY2252
CDD-RENAVAM
779355822
247521 02013


REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Av. Dom Afonso de Albuquerque, 100, Povoado - Santa - Ceará - CEP 61.040-000 - Fone: 31.01.01.01 - FAX: 31.01.01.01 - CDD 14.004-2

Cadastro Jurema - Tel: (85) 3237-1870
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelão
Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original do qual soufe
Caucaia-CE 19 de novembro de 2019

Selo(s): IB923998
Alexandra de Almeida Lucas Araújo (Substituta)
Valor: R\$ 1,30 - Fomeço R\$ 0,05 - Fomeço R\$ 0,07 - Selo R\$ 0,01 - Imposto R\$ 0,07 - Fomeço R\$
0,07 Total R\$ 2,06
VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICACAO

Autenticado
Nº IB 923998
MBO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411912/19

Vítima: ANTONIO WEMERSON RABELO

CPF: 043.963.573-03

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO WEMERSON
RABELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO : 016.245.877-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO WEMERSON RABELO : 043.963.573-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO
CPF: 016.245.877-04

PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
LABORATÓRIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

NOME
ANDREA BEZERRA COELHO

DOCUMENTAÇÃO / CATEGORIA / SEXO
92002330867 SSP F

CPF
567.293.083-20

DATA NASCIMENTO
15/12/1975

FILIAÇÃO
JOSE BARBOSA COELHO
LUIZA DE MARIANO
BEZERRA COELHO

PERMISSÃO
ACD

ACD
CATHA

VALIDADE
21/11/2022

1ª EMISSÃO
11/02/1998

VP IDENTIFIC
00996096763

1548577443

VALIDAR EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTEÇÃO PLÁSTICA

CEARA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
24/11/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

36998789292
CE162390481

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. Dom Antônio Lemos, 1021, Parque Itaipava - Curitiba - Paraná - CEP 81.542-000 - CNPJ 06.941.000/0001-00 - INSC 14.704-4

Cartório Jurema - Tel: (41) 3237-1870
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião
Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original. Do que dou fé.
Curitiba-CE 18 de novembro de 2018

Selo(s): IB923999

Alexandra de Almeida Lucas Araújo (Substituto)

Valor: Emissão: R\$ 1,38 - Fomeação: R\$ 0,06 - Fomeação: R\$ 0,07 - Selo: R\$ 0,51 - Imposto: R\$ 0,07 - Fomeação: R\$ 0,07 Total: R\$ 2,08

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

66626 48
Nº 18 923999
QUEB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652920 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO WEMERSON RABELO **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150176824 - 10/11/2014) EM R\$ 2.362,50 PARA A SEQUELA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO (25%). DEVIDO A UMA INCONSISTÊNCIA SISTÊMICA, O PAGAMENTO DO SINISTRO ATUAL FOI VALORADO EM GRAU MODERADO, PORÉM REFERE-SE A SEQUELA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (25%).

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

NOME:	Antonio Wemerson Ribeiro				
RG:	05349127445	ÓRGÃO:	CNH	CPF:	04396357303
ENDEREÇO:	Rua Vital Brasil				
Nº	2919	COMPLEMENTO:	APT 103	CEP:	60541-492
Bairro:	Grande Portuagal	Cidade:	Fortaleza	Estado:	Ceará

OUTORGADO

NOME:	Pedro Ribeiro de Carvalho				
RG:	20087506496	ÓRGÃO:	SSPCE	CPF:	016.245.877-04
ENDEREÇO:	Rua Coronel Fabriciano				
Nº	3814	COMPLEMENTO:	Casa	CEP:	60.540-262
Bairro:	Granja Lisboa	Cidade:	Fortaleza	Estado:	Ceará

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT, pelo processo de (Morte, Invalidez ou Dams): INVALIDEZ, da vítima: Antonio Wemerson Ribeiro CPF: 04396357303 data do acidente: 09.09.19, podendo o mesmo requerer, receber, apresentar e firmar documentos, dar quitação, assinar termos e declarações, pedido do seguro Dpvat e demais instruções que forem necessárias.

Fortaleza CE.

LOCAL E DATA

Antonio Wemerson Ribeiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

015 - EM CASO

RECONHECIMENTO DE FIRMA

N. CO 766747

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Det. Jaime de Almeida Araújo Júnior - Titular | Det. Guilherme Augusto de Almeida Araújo - Substituto
Av. Niterói, 4905 - CEP 60216-001 - Fortaleza - Ceará | (081) 3235-3301 - jaimeararipe@gmail.com

(7595207321320) - 2 Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de: :
== ANTONIO WEMERSON RIBEIRO ==
que confere c/ o padrão reg. desta serventia. Dou fé.
Fortaleza, 15 de outubro de 2019, 10:55:33. Em testemunho da verdade.
FATIMA LORETA TERCEIRO (Escrivente) Total: R\$ 4,49.
Válido somente com o selo de autenticidade FUNC: shérica

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411912/19

Número do Sinistro: 3190652920

Vítima: ANTONIO WEMERSON RABELO

CPF: 043.963.573-03

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO WEMERSON RABELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO : 016.245.877-04

Procuração

ANTONIO WEMERSON RABELO : 043.963.573-03

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO
CPF: 016.245.877-04

PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

ANDERSON DE SOUZA LEITE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411912/19

Vítima: ANTONIO WEMERSON RABELO

CPF: 043.963.573-03

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO WEMERSON RABELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO : 016.245.877-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO WEMERSON RABELO : 043.963.573-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO
CPF: 016.245.877-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

PEDRO RIBEIRO DE CARVALHO

ALANA DA SILVA DE MATOS