



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, 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.

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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
043.963.573-00 **Antônio 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: Antônio Wemerson Rabelo	6 - CPF: 043.963.573-00		
7 - Profissão: Rua Vital Brazil, 02919	8 - Endereço: Fortaleza	9 - Número: 103 AP	10 - Complemento: Ceará 60541-192
11 - Bairro: Granga Portugal	12 - Cidade: Fortaleza	13 - Estado: Ceará	14 - CEP: 85.986-703819
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0976 08** CONTA: **0036938 8**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ninar)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 resarcir 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Wemerson Rabelo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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



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 A5L:

3 - CPF da vítima:

04396357303 | 4 - Nome completo da vítima:
Antônio Wemerson Labele

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

5 - Nome completo:

Antônio Wemerson Labele

6 - CPF:

04396357303

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

FORAL BOM JESUS

CE

60541492

16 - Tel. (DDD):

85 886703819

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:

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0926

12

CONTA:

00036938

AGÊNCIA:

0926

12

CONTA:

00036938

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 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 herdeiros? 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

Impossível
apresentar
comprovante
de identificação
para assinatura

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: *Fortaleza*

Antônio Wemerson Labele

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMARECE 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 :

[Signature] **FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature] **Antonio Wemerson Rabelo**

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **043 963 573-00** 3 - CPF da vítima: **043 963 573-00** 4 - Nome completo da vítima: **Antônio 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: Antônio Wemerson Rabelo	6 - CPF: 043.963.573-00		
7 - Profissão: Rua Vital Brasil, 02919	8 - Endereço: Grana Portugal	9 - Número: 103	10 - Complemento: AP
11 - Bairro: Fortaleza	12 - Cidade: Ceará	13 - Estado: CE	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:
Antônio Wemerson Rabelo

18 - CPF do Representante Legal:
043 963 573-00 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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<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)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: **0976 018** CONTA: **00036938 8** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [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 Lider, 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <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, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, CE, 21/11/2019 Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antônio Wemerson Rabelo *Antônio Wemerson Rabelo*
Antônio Wemerson Rabelo *Antônio Wemerson Rabelo*

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 A5L:

3 - CPF da vítima:

04396357303 | 4 - Nome completo da vítima:
Antônio Wemerson Labele

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Antônio Wemerson Labele

6 - CPF:

04396357303

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Guanabara Portugal

Fortaleza

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

85 886703819

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:

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0926

12

CONTA:

00036938

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? 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

Impossível
apresentar
comprovante
de identificação
para assinatura

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: *FORTALEZA*

Antônio Wemerson Labele

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



DECLARAÇÃO

192

REGISTRO DE ATENDIMENTO

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


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

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-906527/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: M-01

PONTO DE APOIO: H.M.F

Nº DA OCORRÊNCIA: 0850

DATA: 09/07/19

TURNO: MT

EQUIPE: Bruto + manic

NOME: Antônio Wemerson Rabelo

IDADE: 27

SEXO: M

ENDERECO: Av. Porto Velho SN

REFERÊNCIA: Próximo Ponto do Granja

BAIRRO: H. Jorge

QTY: 16, 45

QUS: 16:55

QUY: 17:30

QUU: 17:40

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

Estônia - motociclo

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

EXPANSÃO TORÁCICA

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

 RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

 PRESENTE
 AUSENTE

 PRESENTE
 AUSENTE

 PÉREAS

 OBSTRUÍDAS

POR: _____

A

PADRÃO RESPIRATÓRIO

INSPEÇÃO

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

AUSCULTA

 EUPNEICO

 NORMAL

 NORMAL

 NORMAL

 TAQUIPNEICO

 ALTERADA: _____

 ALTERADA: _____

 ALTERADA: _____

 BRADIPNEICO

 AGÔNICA/AUSENTE

 AGÔNICA/AUSENTE

B

PULSO

PELE

ENCHIMENTO CAPILAR

SANGRAMENTO EXTERNO

 NORMOCÁRDICO

 CHEIO

 CORADA

 SUDOREICA

 < 2 seg

 SIM

 TRAQUICÁRDICO

 FILIFORME

 PÁLIDA

 SECA

 > 2 seg

 NÃO

 BRADICÁRDICO

 IMPALPÁVEL

 CIANÓTICA

 QUENTE

LOCAL: _____

 NENHUMA

 FRIA

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

C

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

 ESPONTÂNEA

 À VOZ

 À DOR

 NENHUMA

 ORIENTADO (A) / SORRI (P)

 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL

 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P)

 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P)

 NENHUMA

 5

 4

 3

 2

 1

 6

 5

 4

 3

 2

 1

TOTAL: 15

 PUPILAS

 NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)

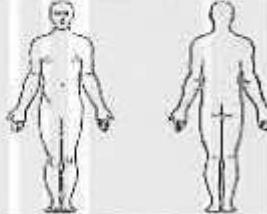
 ALTERADAS

D

ADULTO

LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLE

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

PREScriÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Pac de 27 anos, vítima de óbito materno, + 1 suspeita de fratura de m¹IE (Tibia e fibula,) + laceração + escoriações m¹IE, consciente, Orientado, empatia febril, Verbosa, não desambulou, entrou na ambulância p/avalinagem Traumatologista.

BTW - D² Encar.

ASS. / COREN:

Silvana Márcia da Silveira
Técnica de Enfermagem
COREN 141675

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: Frontinha Ant Detenna

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

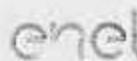
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00926

CONTA: 00000036938-8

Nr. da Autenticação 5436E01B34636690

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.436
de 26 de abril de 2002.



10133955

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
interno que aparece no comprovante de consumo.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valente, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.281/0001-76 | COP 08.106.846-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 018983479

Rota FOL17031 - 445400

Referência 09/2019

Nome ANTONIO WEMERSON RABELO

Endereço RUA VITAL BRASIL, 02919 - AP 103, GRANJA PORTUGAL,
60541-492, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Mono Fásico

Emissão 24/09/2019

Medidor 4487016-CPN-363

ÁREA RESERVADA AO RISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (AVR)

WWW.ENEL.COM.BR/APP/0004572

DATAS DE LEITURA 25/08/2019

Anterior Atual Próxima prevista

25/08/2019 24/09/2019 24/10/2019

Hora 00:00:00 Data 00/00/0000

DADOS DA MEDICÃO

Ponto	Leit.	<input type="radio"/> Leit. Atual	<input type="radio"/> Leit. Anterior	<input type="radio"/> Const.	<input checked="" type="radio"/> Consumo Máx (Wh)	<input checked="" type="radio"/> Consumo Int. (Wh)	<input checked="" type="radio"/> Consumo Fut. (Wh)	<input type="radio"/> Tarifa B2(WN)	<input type="radio"/> Valor IRB
17	9.025	9.153	1.03	32	33	32	32	0,77226	53,32

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC ADICIONAL BAND. VERMELHA CONSUMO	TARIFA	VALOR (R\$)
0,05817	5,17	
0,77226	4,77	
	63,32	

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	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	
EMISSÕES DE CO ₂ (kg/kWh). Compense suas emissões para consumo de energia elétrica.	
Emissões kg (CO ₂) Compensado kg (CO ₂) Consciência Ecológica (kg CO ₂)	
32,01 0,00 0,00	
CONSUMO CONSCIENTE	
Periodos: Band. Tarif.: Vermelho : 27/08 - 24/09	

Nº do Cliente: 10133955 Referência: 09/2019 V: [1.0.0.5]

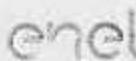
Data de Emissão: 24/09/2019 Total a Pagar (R\$): 73,26

Nº da Nota Fiscal: 018983479 N° de Controle: 12003850596

838000000009 732600310100 003950596072 000101339550



A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.436
de 26 de abril de 2002.



10133955

Para agilizar seu atendimento, utilize o número
interno que aparece no comprovante de consumo.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valente, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.281/0001-76 | COP 08.106.846-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 018983479

Rota FOL17031 - 445400

Referência 09/2019

Nome ANTONIO WEMERSON RABELO

Endereço RUA VITAL BRASIL, 02919 - AP 103, GRANJA PORTUGAL,
60541-492, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Emissão 24/09/2019

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Medidor 4487016-CPN-363

Ligação Mono Fásico

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (WHR)

WWW.ENEL.COM.BR/00018983479

DATAS DE LEITURA 25/08/2019 24/09/2019

Anterior Atual Próxima prevista
25/08/2019 24/09/2019 24/10/2019



DADOS DA MEDICÃO

Ponto	Leit.	<input type="radio"/> Leit. Anterior	<input type="radio"/> Const.	<input checked="" type="radio"/> Consumo Mês (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Int. (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Falt. (WHR)	<input type="radio"/> Tarifa (B2/WRN)	<input type="radio"/> Valor (R\$)
17	9.025	9.153	1.08	32	33	32	0,77226	53,32

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC ADICIONAL BAND. VERMELHA CONSUMO	TARIFA	VALOR (R\$)
0,05817	5,17	4,77
0,77226	63,32	63,32

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	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

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
para consumo de energia elétrica.

0,000

Emissões kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (kg CO₂) 0 3,166
32,01 0,00

PERÍODO DE CONSUMO

Períodos: Band. Tarif.: Vermelho : 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 US - 1230502409
Nº da Nota Fiscal: 018983479 N° de Controle: 12003850596

838000000009 732600310100 003950596072 000101339550





Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

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

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

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

FP 2486 2486 1 0 0 0

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação | Prev. 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\$) 0,00	Aliquota 18%	Valor do Imposto 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)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDÍC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

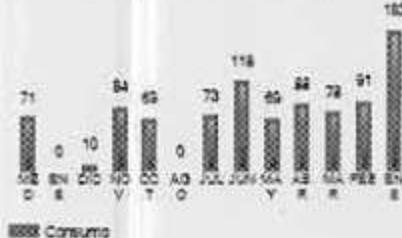
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,11

Conjunto

Mes NOV/ 2018

DIC (h)	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

Nº 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/97.

Pelo exposto, eu Antônio Wemerson Rabelo

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

Antônio Wemerson Rabelo inscrito(a) no CPF sob o Nº 043.963.573-00

do sinistro de DPVAT cobertura JANUÁRIO 062 da Vítima Antônio Wemerson Rabelo

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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Coronel Fabriolano</u>	Número: <u>3514</u>	Complemento: <u>Cedras</u>
Estado: <u>Ceará</u>	Estado: <u>Cedras</u>	CEP: <u>60810-038</u>
E-mail: <u>eduardobairrodeparuolho@gmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>085 986703813</u>

Local e Data: Torres Leira - Cedras

Assinatura do Declarante

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

PACIENTE
ANTONIO WEMERSON RABELONº DO
FRONTUARO
228193
N. DOB.
313454NASCIMENTO
05/11/1991(27
ANOS)SEXO
M
RAC/ETN
PARDONOME MAD
MARIA JOSINEIDE RABELO

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04396357383

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

NISB M01: NR OC

CITYALEZA

CE 533-240

CE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ATENDIMENTO PELO SAMU NO LOCAL DA OCORRÊNCIA TRAUMA MIE COM LACERACAO NA COXA E
POS COLISÃO HA 02 HORAMOTIVO
COLISÃO CARRO X MOTOESCALA DE IDADE
99 (ADULTO)IHC
TR. PRIMARIO
IHCPRESSAO ARTERIAL
N/N
ALTERADO
N/NSAT%
N%PESO
NIDADE
N

MARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA HELENA RODRIGUESDATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
09/09/2019
17:13:41ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

Ponto c/ fratura aberta c/ ossos de penas
c/ numero de ossos. Sintoma com um
lateral da coxa (C) (coxa)

COD. PROCEDIMENTO

EXAMES

() IHC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

1. d. peito (C) p/ raios
1. d. perna (C) p/ raios

Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632

Daniel Antônio Batista
Ortopedia e Traumatologia
Coordenador do SAME - HDEM

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

CAPINAS É ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado em AVARIA HELENA RODRIGUES em 09/09/2019 as 17:13:45

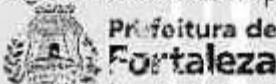
Este é o formulário para registrar as informações aqui presas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 290 do Código Penal.

01: Envolviu 4 pessoas que estavam
pela, depois elas se foram p/
mobilizar e subiu a casa

ANTONIO WEMERSON RABELO

SUP NO

*Lúcia Sampaio
CRMED 1030*



119

5

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
ANTONIO WEMERSON RABELO

Nº DO
PRONTUÁRIO
388726

Nº DO BE
288770

CIDRUS

NASCIMENTO
05/11/1991 (27 ANOS)

SEXO

M

RACACOR
PARDO

DOCUMENTOS

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

NOVOME
MARIA JOSINEIDE RABE

NOME RESPONSÁVEL

ENDERECO

NI**RUA SANTA ADÉLIA 107 PARQUE GENIBAÚ**

MUNICÍPIO

FORTALEZA

CEP

60.534-240

UF

CE

CONSELHO

(85) 98906-0684

LOCAL DA OCORRÊNCIA / TRANSPORTE / CADO DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

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

MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ENTORNO

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

NI

PESO

NI KG

TUBEROSA

NI °C

ALÉRGICO

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO

RAIANE VALENTIM ALMINO

CLASSE

O

VE

ÁREA DE ATENDIMENTO

TRAI*ATOLOGIA**

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

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

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

SINTOLOGIA

HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIO-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Dr. Rosângela Mendes Rodrigues
Oncopedia Traumatologista
CRM 1003

333090200

ATIVADA:

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 COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Mano 10/09/2019
ANTONIO WEMERSON RABELO

Mônica Saliba

10/10/2019

12670027292



SUS
Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle da Internação
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E INovaÇÃO - INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DA UNIFOR
PROTEÇÃO DA PRIVACIDADE
A.V. Centro de Pesquisa 1322 - Parangatu - CEP 64020-000
Fortaleza - CE
Teléfone: (85) 3233-7221

Fortaleza

CENTRAL DE REPRODUÇÃO E REGISTRAÇÃO DE DOCUMENTOS DE FORTALEZA - FORTALEZA - CEARÁ - BRASIL
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

2319103131851

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

NOME DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Antônio Wimerson Rabelo

ENDERECO DO PACIENTE

RUA SANTA ADELIA N° 107

BAIRRO

PARQUE GENIBAU

MUNICÍPIO

FORTALEZA

CEP

DATA DO NASCIMENTO

05/11/1997

SEXO

1.□ MASC 3.□ FEM

CONDICAO

2.□ SEGURADO 4.□ CONJUGE 6.□ FILHO 8.□ OUTRO DEP.

N.º DA MAE

MARIA JOSÉ NEIDE RABELO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINATURA DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

10/10/19/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Presente o paciente Peim e
mão de fratura setor esq.
extremitade dir.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Sente frio.

ESTADO QUE CURA COM COLD

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx ad frio.

B.R. Ana Paula

Mônica Saba
Mat.15094

DIAGNÓSTICO INICIAL

Peim e

TIPO DE CLÍNICA

- 1.□ CIRÚRGICA
- 3.□ CLÍNICA MÉDICA
- 5.□ PSQUIÁTRICA
- 9.□ OUTROS

- 2.□ OBSTÉTRICA
- 4.□ TISIOPEUMOL
- 6.□ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Rx de fratura

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM/CEP

DATA

HORA

10/10/2019

Name: _____

Antoine Wimmen Rotsig

Prontuário	Enferm.	Leito	Data internação	Diagnóstico
			10/01/19	

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

DATA **EVOLUÇÃO**

10/9 - paciente subente deu
migração óssea ao setor
superior.

10.09.2019 #Enzymgmt

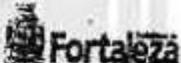
A.W.E. 27a; macho; admitido na emergencia com fratura tubular C; consciente, orientado; tuberculose - demineralização clínica; em ambiente suspeito, aspecto clínico negativo; di eletrográfo mediana tra proveniente do fator ident. Bole encontrando ptos I, II, III e IV traumatoxigus — BP

1010919 - 22:00 ANT^o WEMMENSON RABELO, ADM. M
INT UNIDADE PROVENIENTE DA EMERGÊNCIA, CHEGOU
DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SEUS NÚMEROS
COM LT) FRATURA TIBIAL E. NEGA COMORBIDADES E
HISTÓRIA MEDICAMENTOSA — N/A —
EXAMES PNE-OP ANEXADOS NO MONTANHO — Dr. SANTOS PORRAS

11/01/19 Picnic Reserva Natural San Blas - ~~translators~~

J.R. John Parker

Dr. H. J. G. B. T. C. 1912
T. R. C. 1912
C. 1912
eiroz



REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

38 8726

Paciente: ANTONIO WEMOLSON M. S. E. I. O.

Data da Operação: 14/10/2014 Enfermaria: Leito: 27A

Operador: EUÓBIO

Antonio Eusébio T. Rocha
CRM 4774
Traumato

1º Auxiliar: NOSENAT O.

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: JUNIOR

Dr. Roberto Mendes Rocha
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1033

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura Perna (E)

Tipo de Operação: TRAMENTO CIRÚRGICO 30727138 9A

Diagnóstico Pós-operatório:

HOSPITAL DISTRITAL JOSE MARIA DE OLIVEIRA
ATO DE CRIAÇÃO COM CIRURGIAS

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

22 Maio/14

Cirurgia: Contaminada Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- TRAMENTO DE CÍRCIO DOR. SIC
- AMOSTRA + ALVEOLIA + CÍRCIO
- FIXA: DE SCHALT
- VÍR DE ACESSO AMENO LIGAD
- DISSESSAO DUR PERNAS
- TRACADO FRATURA DA TIBIA
- FIXADA COM PLACA WF FUSOS + 06 MAMFUSOS CONJUGADOS
- LIGADURA SF
- SUTURA POR FUSOS
- CLIVADO
- TIBIA

Antonio Eusébio T. Rocha
CRM 4774
Traumato

Dr. Roberto Mendes Rocha
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1033

DATA:

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

ATENÇÃO: Toda informação

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

Section	Learning Outcome	Assessments	Rubrics
11.			
16.			
20.			
06:			

SINAIS VITAIS				
H.C.: 0:				
P.A.:	160 x 10			
TEMP.º:	30°C			
P/MIN.:				
M.V./MIN.:				

NO ME:	Antônio WEMERSON RABELO	RAUURA	M.V./MIN.:		
DATA:	PREScriçõS:	HISTÓRICO:	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO:	

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./ Diet)
10/07/11	Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia 02/07/2011	500 mg 1x/dia	10107111 paciente vítima de ferimento no encontro, degrau. Trauma- tico na região da pélvis. fratura lumbosacra. C/ s- comprido, sangramento. As 22:00h, paciente admitido clínica universitária hospitalar, pro- veniente da Emergência, com cicatrizes e cravados três mues e 1/4h de fratura de MIE, immobilizado, Nervos HAB, per- e alergias medicamentopas.	EDSON LUIZ VIEIRAS DE SOUZA COREN-CE 53766 14 Rosirene Moreira da Aux. de Enfermagem COREN-CE 204 Monica Sáiva Mat.15554
11/07/11				
12/07/11				
13/07/11				
14/07/11				
15/07/11				
16/07/11				
17/07/11				
18/07/11				
19/07/11				
20/07/11				
21/07/11				
22/07/11				
23/07/11				
24/07/11				
25/07/11				
26/07/11				
27/07/11				
28/07/11				
29/07/11				
30/07/11				
31/07/11				
01/08/11				
02/08/11				
03/08/11				
04/08/11				
05/08/11				
06/08/11				
07/08/11				
08/08/11				
09/08/11				
10/08/11				
11/08/11				
12/08/11				
13/08/11				
14/08/11				
15/08/11				
16/08/11				
17/08/11				
18/08/11				
19/08/11				
20/08/11				
21/08/11				
22/08/11				
23/08/11				
24/08/11				
25/08/11				
26/08/11				
27/08/11				
28/08/11				
29/08/11				
30/08/11				
31/08/11				
01/09/11				
02/09/11				
03/09/11				
04/09/11				
05/09/11				
06/09/11				
07/09/11				
08/09/11				
09/09/11				
10/09/11				
11/09/11				
12/09/11				
13/09/11				
14/09/11				
15/09/11				
16/09/11				
17/09/11				
18/09/11				
19/09/11				
20/09/11				
21/09/11				
22/09/11				
23/09/11				
24/09/11				
25/09/11				
26/09/11				
27/09/11				
28/09/11				
29/09/11				
30/09/11				
31/09/11				
01/10/11				
02/10/11				
03/10/11				
04/10/11				
05/10/11				
06/10/11				
07/10/11				
08/10/11				
09/10/11				
10/10/11				
11/10/11				
12/10/11				
13/10/11				
14/10/11				
15/10/11				
16/10/11				
17/10/11				
18/10/11				
19/10/11				
20/10/11				
21/10/11				
22/10/11				
23/10/11				
24/10/11				
25/10/11				
26/10/11				
27/10/11				
28/10/11				
29/10/11				
30/10/11				
31/10/11				
01/11/11				
02/11/11				
03/11/11				
04/11/11				
05/11/11				
06/11/11				
07/11/11				
08/11/11				
09/11/11				
10/11/11				
11/11/11				
12/11/11				
13/11/11				
14/11/11				
15/11/11				
16/11/11				
17/11/11				
18/11/11				
19/11/11				
20/11/11				
21/11/11				
22/11/11				
23/11/11				
24/11/11				
25/11/11				
26/11/11				
27/11/11				
28/11/11				
29/11/11				
30/11/11				
31/11/11				
01/12/11				
02/12/11				
03/12/11				
04/12/11				
05/12/11				
06/12/11				
07/12/11				
08/12/11				
09/12/11				
10/12/11				
11/12/11				
12/12/11				
13/12/11				
14/12/11				
15/12/11				
16/12/11				
17/12/11				
18/12/11				
19/12/11				
20/12/11				
21/12/11				
22/12/11				
23/12/11				
24/12/11				
25/12/11				
26/12/11				
27/12/11				
28/12/11				
29/12/11				
30/12/11				
31/12/11				
01/01/12				
02/01/12				
03/01/12				
04/01/12				
05/01/12				
06/01/12				
07/01/12				
08/01/12				
09/01/12				
10/01/12				
11/01/12				
12/01/12				
13/01/12				
14/01/12				
15/01/12				
16/01/12				
17/01/12				
18/01/12				
19/01/12				
20/01/12				
21/01/12				
22/01/12				
23/01/12				
24/01/12				
25/01/12				
26/01/12				
27/01/12				
28/01/12				
29/01/12				
30/01/12				
31/01/12				
01/02/12				
02/02/12				
03/02/12				
04/02/12				
05/02/12				
06/02/12				
07/02/12				
08/02/12				
09/02/12				
10/02/12				
11/02/12				
12/02/12				
13/02/12				
14/02/12				
15/02/12				
16/02/12				
17/02/12				
18/02/12				
19/02/12				
20/02/12				
21/02/12				
22/02/12				
23/02/12				
24/02/12				
25/02/12				
26/02/12				
27/02/12				
28/02/12				
29/02/12				
30/02/12				
01/03/12				
02/03/12				
03/03/12				
04/03/12				
05/03/12				
06/03/12				
07/03/12				
08/03/12				
09/03/12				
10/03/12				
11/03/12				
12/03/12				
13/03/12				
14/03/12				
15/03/12				
16/03/12				
17/03/12				
18/03/12				
19/03/12				
20/03/12				
21/03/12				
22/03/12				
23/03/12				
24/03/12				
25/03/12				
26/03/12				
27/03/12				
28/03/12				
29/03/12				
30/03/12				
31/03/12				
01/04/12				
02/04/12				
03/04/12				
04/04/12				
05/04/12				
06/04/12				
07/04/12				
08/04/12				
09/04/12				
10/04/12				
11/04/12				
12/04/12				
13/04/12				
14/04/12				
15/04/12				
16/04/12				
17/04/12				
18/04/12				
19/04/12				
20/04/12				
21/04/12				
22/04/12				
23/04/12				
24/04/12				
25/04/12				
26/04/12				
27/04/12				
28/04/12				
29/04/12				
30/04/12				
31/04/12				
01/05/12				
02/05/12				
03/05/12				
04/05/12				
05/05/12				
06/05/12				
07/05/12				
08/05/12				
09/05/12				
10/05/12				
11/05/12				
12/05/12				
13/05/12				
14/05/12				
15/05/12				
16/05/12				
17/05/12				
18/05/12				
19/05/12				
20/05/12				
21/05/12				
22/05/12				
23/05/12				
24/05/12				
25/05/12				
26/05/12				
27/05/12				
28/05/12				
29/05/12				
30/05/12				
31/05/12				
01/06/12				
02/06/12				
03/06/12				
04/06/12				
05/06/12				
06/06/12				
07/06/12				
08/06/12				
09/06/12				
10/06/12				
11/06/12				
12/06/12				
13/06/12				
14/06/12				
15/06/12				
16/06/12				
17/06/12				
18/06/12				
19/06/12				
20/06/12				
21/06/12				

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

Nome:

Antônio Wanderley Rabelo

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			10/10/2019	

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
11/10/19	L.W.R. é homem, com P.O. de fratura da tibia S. comente que sente dor, devolvendo com auxílio de auxílio. N.P. em perna. Necessita de medicamentos. Encubacções prontas, diversa espontânea e dolorosa sem queixa no período. Segue sob os cuidados da. segue nele encaminhamento.
15/10/19	Alveote lgd Assinatura Dr. Roberto Alves Ribeiro Ortopedista Traumatologista CRM 1235

15/10/19 Paciente R.W.R. 27 anos, com P.O. de fratura da tibia S. comente que sente dor, devolvendo com auxílio de auxílio. N.P. em perna. Necessita de medicamentos. Encubacções prontas, diversa espontânea e dolorosa sem queixa no período. Segue sob os cuidados da. segue nele encaminhamento.

Assinatura Dr. Roberto Alves Ribeiro
CRM 1235

16/10/19 paciente operado, seu condicões no ponto certo para alta, mantém ATB ev.

HOSPITAL MUNICIPAL DE FORTALEZA DE LAZARUS
Assinatura Dr. Roberto Alves Ribeiro CRM 1235

Dr. Roberto Alves Ribeiro
CRM 1235

2.2 Alveote lgd

Médicamento

16/10/19 paciente lgd.

P.O. de fratura da tibia S. Evolução comumente encubado, verbalizando, queixas, alívio, normo febre, normotensão. A volta da fratura operada permanecendo nenhuma na parte mala. Encamamento ATB.

Assinatura Dr. Roberto Alves Ribeiro
CRM 1235

18/10/19 paciente lgd
respiração → Al

Assinatura Dr. Roberto Alves Ribeiro
CRM 1235

FOLHA DE ANESTESIA

Prontuário Nº: 3887-26

 Nome: Autorre Weileron Rabelo
 Enfermaria: Leito:

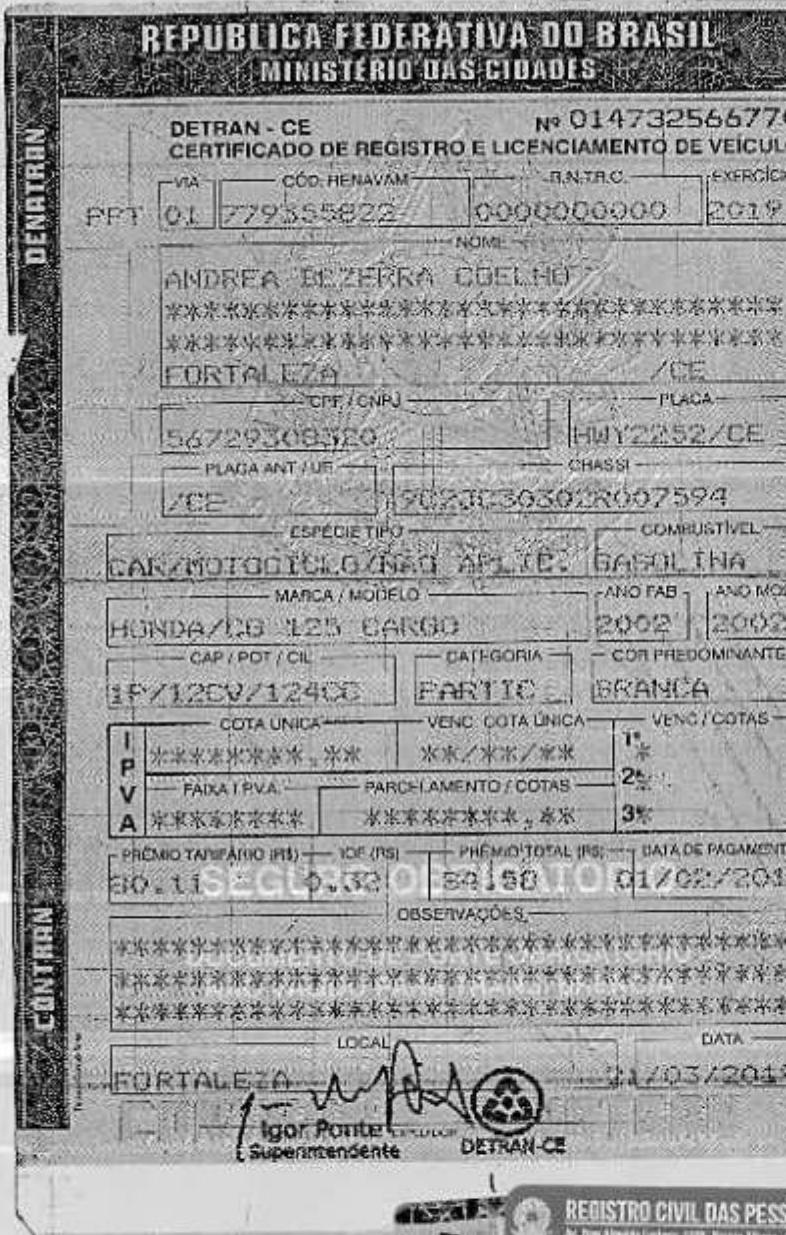
Data: <u>14/09/99</u>	Pres. Arterial:	P脉:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematocrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:	Bronquite:	
Ap. Circulatório:				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário		
Estado Mental:	<u>Hábito, tarefas</u>	Ataráxicos:	Corticóides:	Alergia:	Hipotensores:	
Diagnóstico Pré-operatório:	<u>Frat. onir da pênu</u>			Estado Físico:	ASA I	Risco:

Anestesias Anteriores:

Identificação Pre-anestésica		Aplicadas às:	Efeito:
Anestesia:	<u>NH</u>	<u>1610</u>	
Anestesia Líquida	02		INICIAÇÃO
			Sedar: _____ Estim.: _____ Tense: _____ Laringo: _____ Laringo: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Dores: _____
P. Respiratória e Cardíaca	250	<u>OXIMETRIO + CARDIOSCO</u>	MANUTENÇÃO
	240		① Nitrou.
230		② Aspernas R.R.	
220		③ Procain 2g náves Lut + iug. Néu. 0,5	
210		PS 15mig	
200		④ Cefalotin 2g IV no 15mig	
190		⑤ Fadim 100mig	
180			
170			
160			
150			
140			
130			
120			
110			
100			
90			
80			
70			
60			
50			
40			
30			
20			
10			
0			
SÍMBOLOS E ANOTACOES	<u>NH</u>	<u>OK</u>	Anestesia Sabor: _____ Elmo: _____ Riso: por que?
POSSIBIL	<u>12345</u>		DESPERTAR
POSSIBIL	<u>12345</u>		Reflexos na S.O. _____ Olhos: _____ CO2: _____ Freq: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Dores: _____
POSSIBIL	<u>12345</u>		Com circula: _____ Para o leito: _____
POSSIBIL	<u>12345</u>		CONDICÕES: <u>Boas</u>
Agenias:	<u>Norocaina 0,5% jantado</u>		
Técnica:	<u>Paracervicais</u>		
Operação:	<u>Trat cliv fract onir da pênu</u>		
Cirurgiões:	<u>Dr. Fábio + Dr. Roberto Mendes</u>		
Anestesistas:	<u>Dr. Francisco Andrade + Dr. Fábio Mendes</u>		
Observações:			
	Perda Sanguínea:		

3181

GENESEON ALICE LO



SEGURADO: FERNANDO RODRIGUES DE SOUZA		NASCIMENTO: 01/01/1980	
ENDERECO: RUA DAS LAVADEIRAS, 100 - BLOCO A - APARTAMENTO 101 - VILA SANTANA - CEP: 35500-000 - MARINGÁ - PR		TELEFONE: (44) 3222-1234	
TIPO DE VEÍCULO: MOTO		PLACA: HMY2252	
COR: PRETA		DATA EMISSÃO: 21/03/2019	
EXERCÍCIO: 2019			
VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:	
01	56729308320	HMY2252	
RENAVAM:	MARCA / MODELO:		
779355822	HONDA/CB 125 CARGO		
ANO FAR:	CÓDIGO FABR:	Nº CHASSI:	
2002	PART	9V2JC30302R007594	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENAI/PAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
36,05	4,01	40,05	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PAG. NO FIM DO SEGURO (R\$)	
4,13	0,32	84,58	
PAGAMENTO:		DATA DEQUITAÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	01/02/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			
MOTOR: JC30E32007594		02013	
 NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA			

014732566770
RECIBO CE N°

RECIBO CE N°

CENÇA

1

HOME

卷之三

GADO D

CERTIFICATE

SEIBO CO.

REC

2
660
135
52.

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA,

313

2
060
135
523

10

10

10

1

10

十一

RECEBIMENTO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO WEMERSON
RABELO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO DE JUREMA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

D E G E

NOME	
ANDRÉA BEZERRA COELHO	
DOC. NACIONAL DE TRÂNSITO	
02002330867 - SSP	
CIT. 567.293-083-20 DATA NASCIMENTO 16/12/1975	
MUNICO JOSE BARBOSA COELHO	
LUIZA DE MARILQUE BEZERRA COELHO	
PERMISSÃO ACC CATEGORIA	
00998096763 21/11/2022 11/02/1998	
VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
1548577443	
PERÍODO PLÁSTICO	
1548577443	
OBSERVAÇÃO	
[Redacted]	
Assinatura do Portador	
Local: FORTALEZA - CE DATA EMISSÃO: 26/11/2017	
[Redacted] 38998789292 CM162390481	
Assinatura da Entidade	
CEARÁ	

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. Dom Almeida Lacerda, 1020, Povoado Jurema - Jurema - Ceará - CEP 61.460-000 - CNPJ 15.387.123/0001-47 - Fone/Fax 61.315.14.284

Cartório Jurema - Tel: (61) 32371970
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelária
Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel do original. Do que fala.
Caucaia-CE 18 de novembro de 2018.

Selo(s): IB923899

Alexandra da Almeida Lucas Araújo (Substituta)
Valor: R\$ 1,20. Fazenda R\$ 0,06. Faadep R\$ 0,07. Selo R\$ 0,91. Imposta R\$ 0,07. Frete R\$ 0,07 Total R\$ 2,06

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

666776 SE A N

[QR Code]

[Circular Seal]

0.38000000000000003 306900.31199 00 163.47097 9 0000000.00000

Referência:

7288128

A Tarifa Social da Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.330
de 26 de maio de 2001.

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Joaquim, 1000
CEP 60130-040 Fortaleza - CE
CNPJ: 07.04126/0001-40 CEP: 60130-040

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO E | SÉRIE ÚNICA | N° 009833849

Rota: CA503U16 - 75800

Referência: 09/2019

Nome: ANDREA BEZERRA COELHO

Endereço: RUA ADAIL DOS SANTOS, 00217 - CS 217, POTIRAZ,
61648-328, CAUCALIA

Classificação: Residential Pleno

Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL

Ligação: Monofásico

Emissão: 05/09/2019

Medidor: 5616135-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO RISCO

E-mail: 00000000000000000000000000000000

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**DATAS DE LEITURA**

Acresc.:	00/09/2019	Base:	00/05/2019	Total:	00/10/2019
----------	------------	-------	------------	--------	------------

**DADOS DA MEDIDAÇĀO**

Posto	Latt. Avail.	<input checked="" type="radio"/> Latt. Anterior	<input type="radio"/> Contat.	<input type="radio"/> Consumo Méd (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Mín (kWh)	<input type="radio"/> Consumo Máx (kWh)	<input type="radio"/> Tarifa 255/kWh	<input type="radio"/> Valor R\$
77	4,72	4,564	4,564	113,84	113,84	113,84	255,00	30,74

DADOS DO PAGAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC		23,98
JUROS MORATORIOS		0,22
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,05832	7,99
CONSUMO	0,77263	105,85

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	113,84	27,00	30,74
PIS	113,84	0,81	0,91
COFINS	113,84	3,69	4,18

12/09/2019

138,04

CONFIRMAR PAGAMENTO

ENVIAR DADOS DE PAGAMENTO: Comprovante de pagamento
ou comprovante de energia elétrica.
Emissão: 00/09/2019 | Compromisso: 00/09/2019

LIVRE

567.293.083-20

Data de emissão: 00/09/2019 | Data de validade: 00/09/2019

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:	<u>Antonio Wemerson Rabelo</u>	RG:	<u>05349127445</u>	ÓRGÃO:	<u>CNH</u>	CPF:	<u>04396357303</u>
ENDERECO:	<u>Rua Vital Brasil</u>						
Nº	<u>2919</u>	COMPLEMENTO:	<u>APT 103</u>		CEP:	<u>60541-192</u>	
Bairro:	<u>GRANJA FERDINAS</u>	Cidade:	<u>FORTALEZA</u>		Estado:	<u>CEARA</u>	

OUTORGADO

NOME:	<u>Pedro Ribeiro de Carvalho</u>						
RG:	<u>20087506496</u>	ÓRGÃO:	<u>SSPCE</u>	CPF:	<u>016.245.877-04</u>		
ENDERECO:	<u>Rua Coronel Fabriciano</u>						
Nº	<u>3814</u>	COMPLEMENTO:	<u>Casa</u>	CEP:	<u>60.540-262</u>		
Bairro:	<u>Granja Lisboa</u>	Cidade:	<u>Fortaleza</u>	Estado:	<u>Ceara</u>		

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 OBRIGATÓRIO DPVAT, pelo processo de (Morte, Invalidez ou Dams): INVALIDEL, da vítima: Antonio Wemerson Rabelo 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 Rabelo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

JAIME ARARIPE
Serviço Registrado

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
Bel. Jaime de Araripe Araripe Júnior - Bel. Guilherme Augusto de Araripe Araripe - Substituto
Av. Interlândia, 4965 - CEP 60316-201 - Fortaleza - Ceará | (081) 3235-3301 | jaimear@ig.com.br

(7505207321320) - 2 Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de: :

== ANTONIO WEMERSON RABELO ==

que confere c/ o padrão rea, nessa serventia. Dou fé.

Fortaleza, 15 de outubro de 2019, 10:55:33. Em testemunho da verdade.

FATIMA CORTEZA TERCEIRO (Escrevente) Total: R\$ 4,49

Válida somente com o selo de autenticidade FIMC: sherida



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411912/19

Número do Sinistro: 3190652920

Vítima: ANTONIO WEMERSON RABELO

CPF: 043.963.573-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO WEMERSON RABELO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO WEMERSON RABELO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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