

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

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

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

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

**Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau****Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01417521-5** em **31/08/2020 16:08:00**.
- 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.

**Petionante**

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

**Protocolo**

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0246166-66.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01417521-5  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Contratos de Consumo  
**Data/Hora** : 31/08/2020 16:08:00

**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\*** : 2747249\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2747249\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-15.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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200106492**

**Vítima: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

**Data do Acidente: 03/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

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

**Senhor(a), JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

**Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200106492**

**Vítima: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

**Data do Acidente: 03/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000001887**

**Conta: 0000031099-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **184 176 455 29** 3 - CPF da vítima: **789 176 455 29** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE DONISIO TAVARES GONCALVES**

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

5 - Nome completo: **JOSE DONISIO TAVARES GONCALVES** 6 - CPF: **789 176 455 29**

Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA DESEMBARGADOR HERMES** 9 - Número: **781** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **VIDA VELHA** 12 - Cidade: **FORTEALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60347-155**

15 - E-mail: **RC527310@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(85) 4524-6730**

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"/> RECUZO 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: **1847** CONTA: **31099** DÍGITO: **7**

(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)

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no OVI)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

34 Impressão digital da víctima ou beneficiário não elaborado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____

40 - Local e Data: **FORTEALEZA - CE 05/03/20**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 218 / 2020

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **23/01/2020 12:56:20**

Data / Hora da Ocorrência: **03/12/2019 21:45:00**

Endereço da Ocorrência: **AV FRANCISCO SÁ, BARRA DO CEARA - FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JOSE DIONISIO TAVARES GONÇALVES**

Nascimento: **13/04/1979** CPF: **184.176.458-29**

RG: **296688381** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**

Filiação: **MARIA DE FATIMA TAVARES GONÇALVES**

**PAULO GONÇALVES DA SILVA**

Endereço: **RUA DESEMBARGADOR HERMES PARAIBA, 781**

Bairro: **VILA VELHA**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98729-6474**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HWX1367** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC30708R617412** Renavam: **983079200** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **LSK3685** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGKS48G0GG199767** Renavam: **1077929304** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT** Ano Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **WAGNER ANTONIO MENEZES JUNIOR** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 03 DE DEZEMBRO DE 2019, POR VOLTA DAS 21:45, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, PLACA HWX1367, PELA AVENIDA FRANCISCO SÁ QUANDO SENTIU UMA FORTE PANCADA; QUE UM CARRO ÔNIX PRETO, PLACA LSK3685 AVANÇOU A PREFERENCIAL, COLIDIU COM ESTE, QUE VEIO A SOLO; QUE FRATUROU O JOELHO ESQUERDO E CONTUNDIU O OMBRO ESQUERDO; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, A QUAL LHE LEVOU ATÉ O HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE; QUE HOUVE ACORDO COM O MOTORISTA COLISOR; QUE NÃO TEM INTERESSE EM PROCESSÁ-LO, POIS O MESMO PERMANECEU NO LOCAL, DANDO ASSISTÊNCIA À VITIMA. E NÃO MAS DISSE

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO  
Impresso nº 202068406



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 218 / 2020

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

D. Evandro Alves de Souza  
Delegado de Polícia  
MAT. 14699  
EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **184 176 455 29** 3 - CPF da vítima: **184 176 455 29** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE DONISIO TAVARES GONCALVES**

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

5 - Nome completo: **JOSE DONISIO TAVARES GONCALVES** 6 - CPF: **184 176 455 29**

Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA DESEMBARGADOR HERMES** 9 - Número: **781** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **VIDA VELHA** 12 - Cidade: **FORTEALEZA** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **60347-155**

15 - E-mail: **RC527310@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(85) 4524-6730**

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"/> RECUZO 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: **1847** CONTA: **31099** Dígito: **7**

(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)

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no OVI)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

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

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

40 - Local e Data:

**FORTEALEZA - CE 05/03/20**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# 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: 18/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01887

CONTA: 000000031099-7

---

Nr. da Autenticação C6D3F95230907412

**DADOS DO CLIENTE**
**Nome: JOSE DIUNISIO T GONCALVES**
**End. Leitura: RUA DES HERNES PARAIBA, 781, VILA VELHA**
**Cidade: FORTALEZA**
**CEP: 60347-155**
**End. Entrega:**
**Cidade:**

Local: 001	Setor: 045	Quadra: 0137	Lote: 0432	CEP:
	Subsetor: 00	Subquadra: 00		Comp: 0000

**ECONOMIAS**

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Público: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m <sup>3</sup> )	Média Semestral(m <sup>3</sup> )
ÁGUA	A18N233671	109	117	8	8

**DATAS**

Leitura Atual: 13/11/2019	Emissão: 13/11/2019	Lacre Água: 3147812
Leitura Anterior: 11/10/2019	Próxima Leitura: 12/12/2019	Lacre Esgoto: 127915

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analizadas	529	529	529	529	529
Em conformidade	528	529	526	516	529

**MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**
**MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 10 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.**
**Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.**
**RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE**

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
ÁGUA		40,30	nov/18	8	6
ESGOTO		35,68	dez/18	8	6
JUROS/HUITA TARIFA CONT		0,01	jan/19	7	5
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,27	fev/19	/	5
MULTA DE 2%		3,14	mar/19	7	5
ACRESC. IMPONT.ÁGUA TAXI		0,13	abr/19	6	4
			mai/19	7	5
			jun/19	7	5
			jul/19	8	5
			ago/19	12	9
			set/19	11	8
			out/19	8	6

**TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO**

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,76	VALOR DO SERVICO		80,33
COFINS	3,80	VALOR DO SUBSÍDIO		0,80
		VALOR TOTAL A PAGAR		79,53

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2019	03/12/2019	79,53

**ONDE PAGAR SUA FATURA**
**I: 356443081127005 L: 8065 H: 07:06:55 R: 105 P: 001**
**Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.**
**À Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.**
**Canal de Atendimento**  
**Cagece**  
**0800 275 0195**
**Cagece**  
**MOBILE**
**É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.**
**Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.**
**Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.**

**155**
**www.155.ce.gov.br**
**155**
**www.155.ce**

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

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.217.413 / 77, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE DIONISIO TAVARES GONSALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 184.176.458 / 29,

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima JOSE DIONISIO TAVARES GONSALVES,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 184.176.458 / 29, 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 PROFESSOR CABRAL		Número: 676	Complemento: FUNDOS
Bairro: PQ. SANTA ROSA	Cidade: FORTALEZA	Estado: CEARA	CEP: 60.762-775
E-mail: RC527310@GMAIL.COM		Tel.(DDD): 85999253719	

Local e Data: FORTALEZA, 05 DE MARÇO DE 2020

X Alexandre Barbosa da Cruz Assinatura do Declarante

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

03/12/2019 23:15

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	Dt. Nasc.: 13/04/1979	Atendimento: 63911605	Prontuário: 12278862																																
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /																																	
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL CRM 13798 [1]		Nº: 47755612	03/12/2019 às 23:14																																
<b>ANAMNESE</b> <table border="1"> <tr> <td>Queixa Principal</td> <td colspan="3">PACIENTE VITIMA DE CONTUSAO NO JOELHO E COTOVelo ESG POR ACIDENTE DE MOTO RELATA USO DE CAPACETE CD RX</td> </tr> <tr> <td>Queixa Principal</td> <td colspan="3">[1]</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico Inicial</td> <td colspan="3">99 &lt;CID10 NÃO AGRUPADOS&gt;</td> </tr> <tr> <td>CID10</td> <td colspan="3">[1]</td> </tr> <tr> <td>Alergias</td> <td colspan="3">V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO</td> </tr> <tr> <td>Medicação Em Uso</td> <td colspan="3">[1]</td> </tr> <tr> <td>Antecedentes Patológicos Familiar</td> <td colspan="3">[1]</td> </tr> <tr> <td>Comorbidades</td> <td colspan="3">[1]</td> </tr> </table>				Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE CONTUSAO NO JOELHO E COTOVelo ESG POR ACIDENTE DE MOTO RELATA USO DE CAPACETE CD RX			Queixa Principal	[1]			Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>			CID10	[1]			Alergias	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO			Medicação Em Uso	[1]			Antecedentes Patológicos Familiar	[1]			Comorbidades	[1]		
Queixa Principal	PACIENTE VITIMA DE CONTUSAO NO JOELHO E COTOVelo ESG POR ACIDENTE DE MOTO RELATA USO DE CAPACETE CD RX																																		
Queixa Principal	[1]																																		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>																																		
CID10	[1]																																		
Alergias	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO																																		
Medicação Em Uso	[1]																																		
Antecedentes Patológicos Familiar	[1]																																		
Comorbidades	[1]																																		
<b>DIAGNÓSTICO</b> <table border="1"> <tr> <td>CID10</td> <td colspan="3">V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO</td> </tr> <tr> <td>CID10</td> <td colspan="3">[1]</td> </tr> <tr> <td colspan="4">V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO</td> </tr> </table>				CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO			CID10	[1]			V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO																							
CID10	V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO																																		
CID10	[1]																																		
V299 MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO																																			
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>																																			

 CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
*Wanda H98*  
 Assinatura

---

**Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereço...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 57756001070006013

**Solicitante: Dr(a) CLAUDIO JOSE F. EUF**

Queixa Principal:

**Exame:****TC ARTICULACOES EXTERNO CLAVIC**

6391160541

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO****TÉCNICA**

Estudo realizado sem a administração do meio de contraste venoso, obtendo-se imagens axiais e reconstruções multiplanares.

**COMENTÁRIOS**

Fratura do aspecto posterior do planalto tibial, com extensão articular, estendendo-se ao compartimento medial, com desalinhamento dos fragmentos.

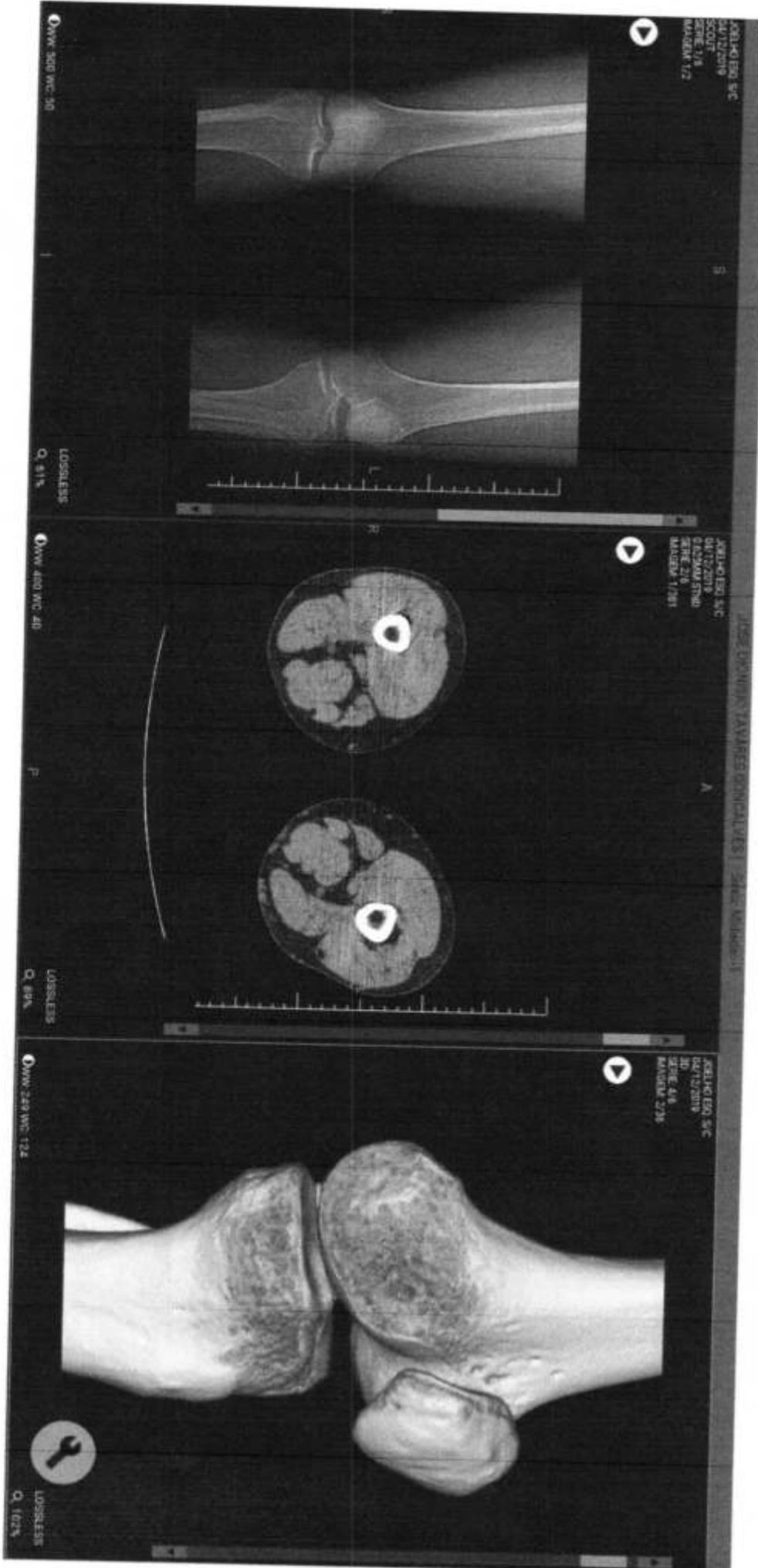
Restante da estrutura no óssea íntegra.

Espaços articulares preservados.

Moderado derrame articular heterogêneo (hemartrose).

---

FERNANDO MOTA DE CARVALHO - CRM 11747-CE





---

**Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matricula.: 57756001070006013

**Solicitante: Dr(a) LUCIANA CASCAO LIMA**

---

Queixa Principal:

**Exame:**

RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

**!cpUt8"**

6477508121

**RELATÓRIO:**

Presença de fratura com avulsão de fragmento ósseo em região de espinhas tibiais.

Aumento de partes moles periarticulares.

Demais aspectos preservados.

**OBS.:** Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

**OBS.:** Exame documentado em CD.

---

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



15/01/2008  
SOME 111  
SAUGAN 1/2

WMC 511

LOSSES  
0.20%

**Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matricula.: 57756001070006013

**Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR**

Queixa Principal:

**Exame:**

**RX COTOVELO ESQUERDO**

**!b~3(8"**

6391160521

**RELATÓRIO:**

Textura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares integros.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

**OBS :** Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica .

**OBS.: Exame documentado em CD.**



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

Nº Pedido: 34346434

Data 03/12/2019

Pag 2 de 2

**Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereco...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matricula.: 57756001070006013

**Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR**

Queixa Principal:

**Exame:**

RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO

!b~3(9"

6391160522

**RELATÓRIO:**

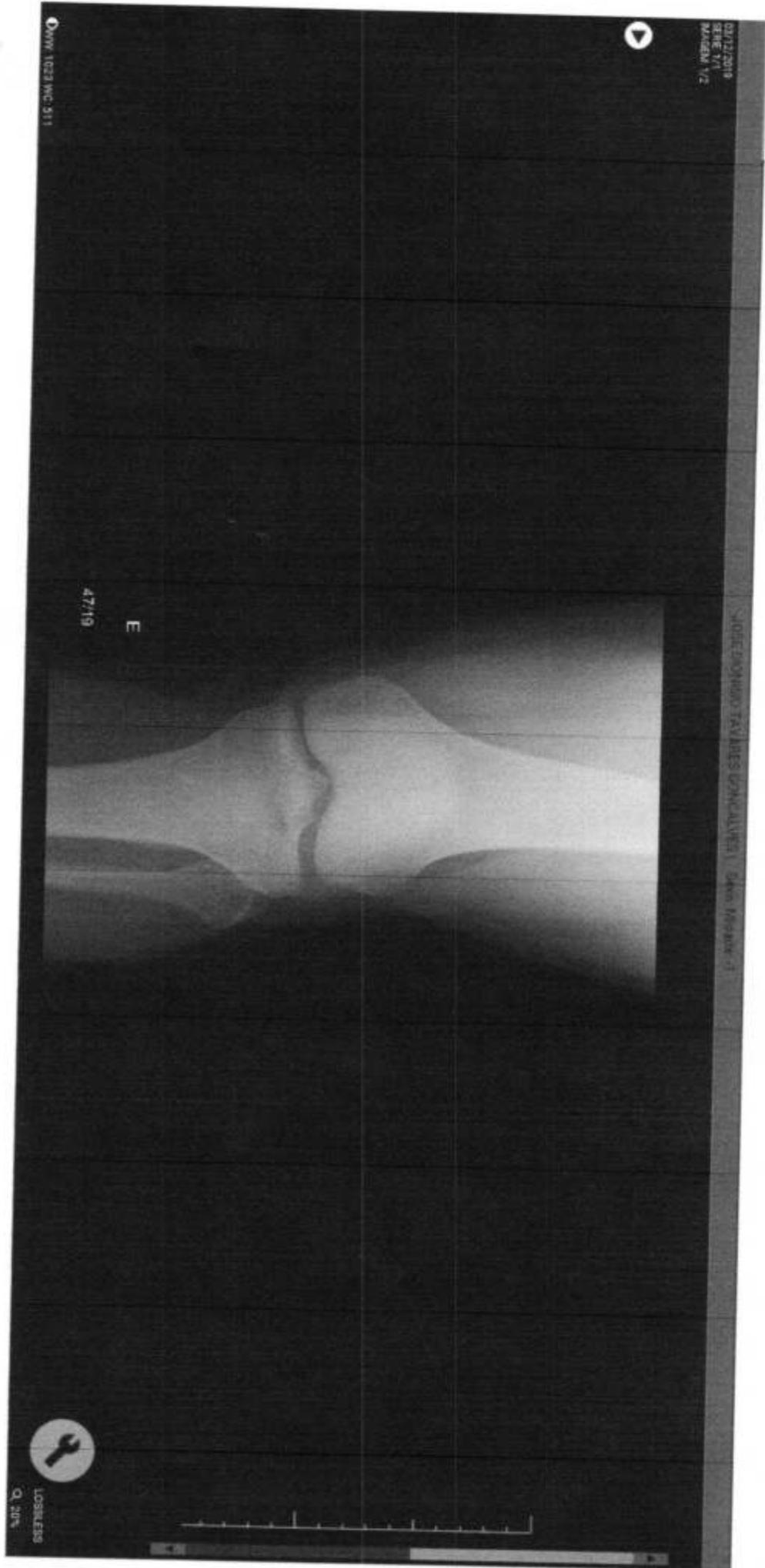
Presença de fratura alinhada em região de espinhas tibiais, com discreto aumento de partes moles ao redor.

Demais aspectos preservados.

**OBS.:** Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

**OBS.:** Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

ULTRASSOM - HAPFOR

Nº Pedido: 34588570

Data 18/12/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Nascimento.: 13/04/1979 Sexo: M RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereço...: R DESEMBARGADOR HERMÉS PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ Tel.: 987296474

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 57756001070006013

Solicitante: Dr(a) EDUARDO VASCONCELOS

Queixa Principal:

Exame:

US ARTICULACOES - EMERGÊNCIA

!C:-^B"

6423105931

TÉCNICA: Exame realizado com transdutor linear 7.5 Mhz.

ANÁLISE: O exame sonográfico do ombro esquerdo mostra:

- Leve distensão líquida da bursa subacromial/subdeltoidea.
- Tendões do supraespinhal e do subescapular discretamente espessados e heterogêneos compatível com tendinopatia.
- Fina lámina líquida na bainha sinovial do tendão do cabo do bíceps podendo representar extensão de derrame articular ou tenossinovite.
- Tendão infraespinhal com aspecto ecográfico preservado.
- Ventres musculares do supraespinhal do infraespinhal de morfologias e trofismos preservados.
- Não há evidências de derrame articular glenoumral.
- Articulação acromioclavicular sem alterações significativas.

ATENÇÃO: ULTRASSONOGRAFIA É UM EXAME COMPARATIVO!  
GUARDE ESSE FILME PARA FUTURAS COMPARAÇÕES.

EF

  
GILBERTO FERREIRA DE CARVALHO - CRM 9334-CE



18/12/2019  
SERIE 1/1  
IMAGEN 1/2



00001023WC 511

LOHSELENS  
Q. 30%

---

**Paciente...: 12278862 JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES**

Nascimento: 13/04/1979 Sexo: M

RG.: 296688381 SSP CE CPF.: 18417645829

Endereço...: R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA 781 VILA VELHA FORTALEZ

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 57756001070006013

**Solicitante: Dr(a) JOAO PAULO PINHEIRO**

Queixa Principal:

**Exame:****RX JOELHO: A.P. - LATERAL ESQUERDO**

6511375121

**RELATÓRIO:**

Presença de avulsão de fragmentos ósseos na topografia de espinhas tibiais.

Moderado derrame articular.

Demais aspectos preservados.

**OBS.:** Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

**OBS.:** Exame documentado em CD.



---

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

DADOS PESSOAIS

Atendimento

63911605



20/12/2019 11:34:21

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL, PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12270862	JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	M	13/04/1979	40
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
296688381 SSP CE	18417645829			1-CASADO
Endereço				
R DESEMBARGADOR HERMES PARAHYBA,781 - VILA VELHA, FORTALEZA(CE) CEP 60347155				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987296474				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO	
22 HAPVIDA		
Carteira	Validade	
57756001070006013		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor				
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG				
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento	
03/12/2019	23:06		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA	
Médico Atendente			Clinica	
3143473 PEDRO BARREIRA CABRAL			6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante			Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - (110) LEANDRO GOMES FORTE

CONFIRME O PRONTUÁRIO  
m. leandro 8198  
11/12/2019

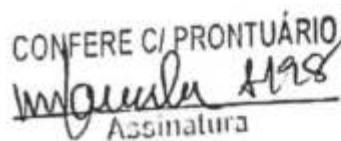
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:32

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Dt. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862  
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4  
Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA COREN 99289 [1] Nº: 47758775 04/12/2019 às 03:18

**AVALIAÇÃO DE RISCO**

- |   |     |
|---|-----|
| Hemorragia Puerperal                    | [1] |
| Lesão Por Pressão Adulto (Braden)       | [1] |
| Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) | [1] |
| Queda Adulto (Morse)                    | [1] |
| Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)        | [1] |
| Flebite                                 | [1] |
| Tromboembolismo Venoso Clínico          | [1] |

CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
  
Assinatura

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	DT. Nasc.: 13/04/1979	Atendimento: 63911605	Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Lito: 133223/4
Profissional(is): EVILANEIDE VERAS MATOS, ENFERMEIRO(A), COREN 293706 [1]		Nº: 47758777	04/12/2019 Às 03:18
JOSE AIRTON DE SOUSA COREN 99289 [2]			

**CONTROLE VITais**
**SINAIS VITais**

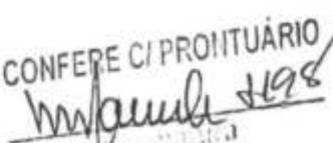
T	37 °C	[1]
PA	120X70	[1]
FC	88 bpm	[1]
FR	18 mrpm	[1]

**OUTROS DADOS E SINAIS**

GLICEMIA PELA FITA (DX)	103 mg/dL	[1]
-------------------------	-----------	-----

**AVALIAÇÃO DE RISCO**

Hemorragia Puerperal	[2]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	[2]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	[2]
Queda Adulto (Morse)	[2]
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	[2]
Flebite	[2]
Tromboembolismo Venoso Clínico	[2]

CONFERE CI/PRONTUÁRIO  

 1198

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	DI. Nasc.: 13/04/1979	Atendimento: 63911605	Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Lelito: 133223/4
Profissional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA COREN 99289 [1]		Nº: 47758798	04/12/2019 às 03:23

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE VOLTAREN INJETAVEL AMPL 75MG IM PREPARADO E [1]  
ADMINISTRADO AS 04 45, EM 04/12/2019 POR JOSE AIRTON DE SOUSA, COREN/CE 99289.

## AVALIAÇÃO DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]  
Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]  
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]  
Queda Adulto (Morse) [1]  
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]  
Flebite [1]  
Tromboembolismo Venoso Clínico [1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
maeuul 3198

20/12/2019 11:33

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES Di. Nasc.: 13/04/1979 Atendimento: 63911605 Prontuário: 12278862

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/4

Professional(is): JOSE AIRTON DE SOUSA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 99289 [1] Nº: 47758800 04/12/2019 às 03:23

## CONTROLE VITAIS

## SINAIS VITAIS

T	37 °C	[1]
PA	120X70	[1]
FC	88 bpm	[1]
FR	18 rrpm	[1]

## OUTROS DADOS E SINAIS

GLICEMIA PELA FITA (DX)	103 mg/dL	[1]
-------------------------	-----------	-----

CONFIRME PRONTUÁRIO  
marcilio 1198

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	Dt. Nasc.: 13/04/1979	Atendimento: 63911605	Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Profissional(s): CLAUDIO JOSE F. EUFRASIO CRM 4078 [1]		Nº: 47761479	04/12/2019 às 06:17

**ANAMNESE**

Queixa Principal	PACIENTE COM FRATURA PLATO TIBIAL ESQUERDO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
CID10	S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		

CONFERE CI PRONTUÁRIO  
*W. Camilo 8198*

20/12/2019 11:33

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	DL Nasc.: 13/04/1979	Atendimento: 63911605	Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Professional(is): RAIMUNDO PESSOA DE ARAUJO, ENFERMEIRO(A), COREN 427277 [1]		Nº: 47761532	04/12/2019 às 06:20

**PACIENTE**

Data De Admissão	04/12/2019	[1]
------------------	------------	-----

**PRÉ-OPERATÓRIO**

tipo De Cirurgia	Emergência.	[1]
Data Da Cirurgia	04/12/2019	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TIBIA	[1]
Pulseira De Identificação	MSD	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]
Tabagista	Não	[1]
Etílico	Não	[1]
Internações Anteriores		[1]
Cirurgias Anteriores	Não	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Cooperativa	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não	[1]
Reserva de Hemoderivados		[1]
Higienização	Sim	[1]
Exames E Procedimentos	Sangue	[1]

**NUTRICIONAL / METABÓLICO**

Intolerância Alimentar	Não	[1]
Jejum	Não	[1]
Conservado	Sim	[1]
Dentição	Não Preservada	[1]

**TÓRAX**

Inspeção	SIMETRICO	[1]
----------	-----------	-----

**ABDOMEN**

Exame Abdominal	Flácido	[1]
Ruidos Hidrosáreos (RHA)	Presentes	[1]

**ELIMINAÇÕES**

Intestinais	Presente	[1]
Urinárias	Presente	[1]

**SONO / REPOUSO**

Concilia Sono e Repouso	Não	[1]
-------------------------	-----	-----

**COGNITIVO / PERCEPTIVO**

 CONFIRME C/ PRONTUÁRIO  
*W.W. Almeida 108*

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	Dt. Nasc.: 13/04/1979	Atendimento: 63911605	Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Lelto: 133227/1		
Em Ouvir	Não	[1]	
Compreender	Não	[1]	
Memorizar	Não	[1]	
Falar	Não	[1]	
<b>CONFORTO</b>			
Queixas de Dor	Não.	[1]	
<b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b>			
Data	04/12/2019	[1]	
<b>INTRA-OPERATÓRIO</b>			
<b>PÓS-OPERATÓRIO</b>			

CONFERE P/ PRONTUÁRIO  
Wandaelli S. 198

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

20/12/2019 11:33

Paciente: JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES	Dt. Nasc.: 13/04/1979	Atendimento: 63911605	Prontuário: 12278862
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E C  Leito: 133227/1		
Professional(is): EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS CRM 13993 [1]	Nº: 47769674 04/12/2019 às 10:11		

### ANAMNESE

#### Queixa Principal

FRATURA-AVULSAO DO LCP. CONVERSO COM PACIENTE SOBRE POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O LCP E EVENTUAL CIRURGIA NO FUTURO, CASO NÃO HAJA ÉXITO NO TRATAMENTO CONSERVADOR DO LCP, O QUAL CONCORDOU COM A OPÇÃO MANTENHO IMOBILIZAÇÃO INGUINO-MALEOLAR EM EXTENSÃO A FIMM DE CONSOLIDAÇÃO E CICATRIZAÇÃO DO LIGAMENTO E ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL [1]

REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO (SOLICITO RX)

CONFIRME PRONTUÁRIO  
Wander M18

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001  
60055-540 FORTALEZA - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Medico EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

Paciente JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

Data do Atendimento 18/12/2019

RECEITA

USO ORAL

1 FLANCOX 500MG ----- 1CX  
TOMAR 1 CP DE 12/12H POR 5 DIAS



Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas  
Médico de Esportes/Ortopedia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-CE 13993

RP3000N

18/12/2019 10 04

10 1 32 209



Hospital  
Antonio Prudente  
Fortaleza

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi na **EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA** o Sr(a) **JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES** nesta data 03/12/2019 sendo necessário seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 ( QUINZE )** dias, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

CID: S835

Fortaleza, 03 DE DEZEMBRO de 2019.

Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas  
Médico do Esporte/Ortopedia  
Cirurgião do Joelho  
CRM-CE 13993

---

Assinatura e Carimbo de Médico

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES às 10:04, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 18/12/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S821

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS

CRM 13993

*Dr. Eduardo V. Vasconcelos Freitas  
Médico de Esportes/Ortopedia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-CE 13993*

Aceito a Colocação do CID Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BEEKS29L108K0  
Solicitação de Senha 18/12/2019 06:44:02

R3002

18/12/2019 10:04

10:13:22 2019

*Fract. Fratura Tibia  
dt. 18/12 a 01/01/19  
Enc. INSS*

*Dr. Paulo Roberto Simões de Alencar  
Clínica Médica / Medicina do Trabalho  
CRM 1314 - Reg. Méd. Trab. 1111  
Tel: 9944-7010*

*Dr. Paulo Roberto Simões de Alencar  
Clínica Médica / Medicina do Trabalho  
CRM 1314 - Reg. Méd. Trab. 1111  
Tel: 9944-7010*

*Obs: Tem atestado  
autonomia de 15  
dias (03 a 17/12/19)*



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200106492      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES      **Data do acidente:** 03/12/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 12/03/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.P18/21

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

Outorgante Jose Dionisio Tavares Goncalves  
Estado Civil Casado Profissão Analista  
Residente Rua Des. Hermos Paraiba Bairro Litorânea  
Municipio Fortaleza UF Ce Nascido 21/04/1973 CPF 134.116.633-29  
RG 00519023652 Emissor Detran Em 22/05/2017

Outorgado Alexandre Barbosa da Cruz, Brasileiro, Solteiro, Autônomo residente e domiciliado em rua Professor Cabral , 676- Parque Santa Rosa, Municipio de fortaleza, UF: Ce, RG 05034566735 Detran- Ce m 16/10/2017, CPF 048.217.413-77, Contatos 85 985296730/85 999253719, e-mail rc527310@gmail.com . Por este instrumento de procuração, o (a) outorgante nomeia constitui o outorgado se bastante procurador, para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a)

Sr.(a) Jose Dionisio Tavares Goncalves

Ocorrido em 03/12/2019

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se próprio fosse, podendo requerer informações, copias documentais, parecer medico, comprovantes de pagamento de depósitos de indenizações de sinistro DPVAT,acompanhar regulação junto seguradora receptora e sguradora lider, marcar pericias medicas, receber e-mails sobre pendências documentais, abrir reclamações, cancelar sinistro e ASL,requerer e assinar documentos que foram precisos junto a órgãos públicos, como SAMU, delegacias de policia, hospitais, cartórios, autarquias de transito e praticar todos os demais atos necessários para o amplo e fiel cumprimento do total recebimento de indenização creditada em conta da vitima ou beneficiário, até mesmo encaminhar documentos a justça para avaliação correta de pagamento de indenizações, através de uma advogado. Autoriza os mesmos poderes para requerer qualquer outro seguro de vida, AP, VG, danos corporais, RCFV, roubo, furto extravio defeito de objeto segurado, assistência, prestamista,seguro habitacional e etc. Especialmente perante as seguradoras

ICATU,PREVISUL,PAN,METLIFE,BRADESCO,SULAMERICA,HDZURICH,SANTANSER,BB,CAIXA e outras.

**O outorgante garante a originalidade e veracidade de todos os documentos enviados pelo outorgado, responsabilizando-se civil e criminalmente por toda documentação enviada: Boletim de Ocorrencia, Fichas de Atendimento medico, Documentos Pessoais, Conta e outros**

FORTALEZA 23 DE JANEIRO DE 2020

Jose Dionisio Tavares Goncalves



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084507/20

**Vítima:** JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

**CPF:** 184.176.458-29

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/12/2019

**Titular do CPF:** JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ : 048.217.413-77

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

### JOSE DIONISIO TAVARES GONCALVES : 184.176.458-29

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020  
Nome: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ  
CPF: 048.217.413-77

ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva