



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 **WEB1.20.01440106-1** em **11/09/2020 14:15:55**.
- 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 : 0247827-80.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01440106-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 11/09/2020 14:15:55

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* : 2749356_CONTESTACAO_01 - 1-12.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2749356_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-11.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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE: **EVAIR EVARISTO PEREIRA**
 CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): **05925818377**
 NOME RESPONSÁVEL: **NI**
 MUNICÍPIO: **FORTALEZA** UF: **CE**
 CEP: **60.872-560**

DADOS PESSOAIS
 Nº DO PRONTUÁRIO: **5174817**
 Nº DO RE: **397719**
 SEXO: **M**
 RACIA COR: **PARDO**
 NOME MÃE: **ROZY MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA**
 NASCIMENTO: **21/06/1993(26 ANOS)**
 ENDEREÇO: **RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR 1945 PAUPINA**
 CONTATO: **(85)98146-8022**

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DA DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 MOTIVO: **ACIDENTE DE MOTO**
 ESCALA DE DOR: **5 (ADULTO)**
 SINTOMAS: **DOR**

SINAIS VITAIS
 PRESSÃO ARTERIAL: **NI/NI**
 SAT O2: **NI%**
 PULSO: **NI**
 GLICEMIA: **NI**
 TEMPERATURA: **NI °C**
 PESO: **NI KG**
 CLAS: **L** CAO: **JJA**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: **ROSILENE GOMES DE BRITO**
 DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: **13/03/2020 19:58:44**

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: **RT de deformidade do 5º art de mão e**
Sol Rx da mão E AP/Oblíquo
Lesão punho local

SADT SOLICITADO: **() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

Dr. Wendel Alcântara Mendes
 CRM: 06.112.537-5 BOT 16025
 Ortopedia e Traumatologia

TIPO DE ALTA/SAÍDA

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por Rosilene Gomes de Brito em 13/03/2020 19:58:44

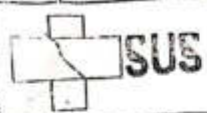
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal

EVAIR EVARISTO PEREIRA

CONFERE COM ORIGINAL
 27/10/2020

04.885.197/00012-05
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jornalista Tomaz Coelho 1573
 Messejana - Cep: 60.864-810
 Fortaleza - Ceará

VUISO 012690031881

	Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>EVA IR GUMASTO PEREIRA</i>	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO
9 - SEXO Masculino ☐ Feminino ☒	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CÉP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ret c/ pat exp G1 do 5º QUART c/ desvio</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de complicação</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + EF + RX</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exp 3º art</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento de pat exp</i>	25 - CÓDIGO ICD 10
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>13/03/2020</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SELEX
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CÉP
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO ☐	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 04.685.197/00012-05
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
		Messejana - Cep: 60.864-810
		For. GRÁF. IDEBO - SAI Ceará - 005

Anno Lilly
CONFERE COM ORIGINAL
27 104 13020

PACIENTE: EVAR GUARISTO PEREIRA

DATA OPERAÇÃO: 02/04/2020

ENFERMARIA: _____

LEITO: Dr. Tadeu M. Nobrega
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
CRM 5619 TEO 7643

1º AUXILIAR: DR. TADEU

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: Dr. Anthony Mendonça

TIPO DE ANESTESIA: BLOCADO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DA MÃO (E)

TIPO DE OPERAÇÃO: OSTEOSSÍNTESE + TENOPLASTIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: SIM

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: NÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS DE DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCEIS

- (1) Paciente em DDH SOB ANESTESIA
- (2) ASSESSORIA + ANESTESIA + CIRCULACÃO C/ RUS
- (3) ACESSO LATERAL NO 5º DADO (E)
- (4) TENOPLASTIA DO TENDÃO EXTENSOR
- (5) REDUÇÃO CIRCUNTA + FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE K
- (6) RECONSTRUÇÃO DO PLACAR + CURATIVO
- (7) TELA COSSADA

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Chefe da Clínica e Cirurgia
CRM 13292 / RQE 8123

Ano 111
CONFERE COM ORIGINAL
27/04/2020

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Gráf. HDEBO-SAME Desc. Oper. (1)

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
EVAIR EVARISTO PEREIRA

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05925818377
NOME RESPONSÁVEL
NI
ENDEREÇO
FORTALEZA
CE
60.872-560

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
21/06/1993(26 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO
5174817

SEXO
M

Nº DO RE
397719
NACIONALIDADE
PARDO

NOME MÃE

ROZY MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA

ENDEREÇO
RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR 1945 PAUPINA
CONTATO
(65)98146-5022

OCCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ADMISSÃO DO ACIDENTE

QUALIDADE
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO COM MOTO FRATURA EXPOSTA
SINTOMAS
DOR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
GLICOSE
L. JJA

PRESSÃO ARTERIAL
NUN
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS
SAT %
NI %

PULSO
NI

GLICOSE
NI

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
13/03/2020 19:58.44

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

SINOPSE

SINOPSE

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

COD. PROCEDIMENTO

CD

() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Wendel Alcântara Mendes
CRM-CE 14253-7 SBO 16025
Ortopedia e Traumatologia

impresso por rosilene gomes de brito em 13/03/2020 19:58.44

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

EVARISTO PEREIRA

LAPO
skeletalatório

Assinatura
ORIGINAL
27/04/2020

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Amélia Lima 1573
M. São José - 60.811-100
Fortaleza - CE



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1878 - CNPJ: 04.805.377/0012-98 - Mensajaria - 61 - 3103.1549

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

LAUDO MEDICO

Paciente, EVAIR EVARISTO PEREIRA

VITIMA DE ACIDENTE NO DIA

13/03/2020, havendo FRATURA

DE FALANGA PROXIMAL DO 5º QUIRODACTILO

ESQUERDA, SENDO OPERADA NO

FATORINHA DA MENSAGIA

NO MOMENTO FRATURA CONSOLIDADA,

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO HANT. INTERFALANGIANA

PROXIMAL DO 5º QUIRODACTILO (E)

ALTA AMBULATORIAL NA FATORINHA MENSAGIA

CID: 62.6

Fortaleza, 01 de 06 20 20

Dr. Ronaldo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC. 17019

Dr. Ronaldo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC. 17019

Digitalizado com CamScanner



PREFEITURA DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1878 - CNPJ: 04.865.197/0012-96 - Messejana - CE - 31291-1500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

LAUDO MÉDICO

Paciente, EVAIR EVARISTO PEREIRA

VITIMA DE ACIDENTE NO DIA

13/03/2020, HAVENDO FRATURA

DE FALANGE PROXIMAL DO 5º QUIRODÁCTILO

ESQUERDA, SENDO OPERADA NO
FROTINHA NA MESSAJANA

NO MOMENTO FRATURA CONSOLIDADA,

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO ANT. INTERFALANGIANA

PROXIMAL DO 5º QUIRODÁCTILO (R)

ALTA AMBULATORIAL NA FROTINHA MESSAJANA

CID: 62.6

Fortaleza, 01 de 06 2020.

Dr. Ronaldo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 17019

Dr. Ronaldo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 17019

Digitalizado com CamScanner

USO EXCLUSIVO DO MOEBIO - MESSAJANA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

EVAIR EVARISTO PEREIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

20076241941

SSP

CE

CPF

039.258.183-77

DATA NASCIMENTO

21/06/1993

FILIAÇÃO

CARLOS EUGENIO PEREIRA

ROZI MEIRY EVARISTO
CARVALHO PEREIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05557355785

VALIDADE

15/03/2021

1ª HABILITAÇÃO

02/08/2012

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1843065740

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;



INTERPRINT LTDA

Evair Evaristo Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

21/10/2019

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

17216313812

CE172935547



CEARÁ



PROIBIDO PLASTIFICAR

1843065740



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

EVAIR EVARISTO PEREIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

20076241941

SSP

CE

CPF

059.258.183-77

DATA NASCIMENTO

21/06/1993

FILIAÇÃO

CARLOS EUGENIO PEREIRA

ROZI MEIRY EVARISTO
CARVALHO PEREIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05557355785

VALIDADE

15/03/2021

1ª HABILITAÇÃO

02/08/2012

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1843065740

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;



INTERPRINT LTDA

Evair Evaristo Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

21/10/2019

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

17216313812

CE172935547



CEARÁ



PROIBIDO PLASTIFICAR

1843065740

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENOTRAN

CONTRAN

Nº 015038570457

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 589963783 0000000000 2019

ALICE BEZERRA DE OLIVEIRA

CASCABEL / CE

CPF / CNPJ 06330716331 PLACA QSS0725/CE

PLACA ANT / UF 9C2KC1670DR416143

ESP/CIC TIPO CASOL/ALCO

MARKA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

CAP / FOL / CH 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARIC VITAC / COTAS 1º 2º 3º

VEIC. COTA ÚNICA 80.11

PREMIO TARIF. ANO (R\$) 0.32

PREMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 25/01/2019

LOCAL 11/07/2019

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

CE Nº 015038570457 BILHETE DE SEGURO DPVAT

06330716331 QSS0725 / CE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204 15666076166

EXERCÍCIO DATA DE EMISSÃO 2019 11/07/2019

VA 1 06330716331 PLACA QSS0725

RENAVAM 589963783 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2012 09 9C2KC1670DR416143

PREMIO TARIFÁRIO 36.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

DATA DE OUTUBRO 25/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: KC16E7D416143



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENOTRAN

CONTRAN

Nº 015038570457

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 589963783 0000000000 2019

ALICE BEZERRA DE OLIVEIRA

CASCABEL / CE

CPF / CNPJ 06330716331 PLACA QSS0725/CE

PLACA ANT / UF 9C2KC1670DR416143

ESP/CIC TIPO CASOL/ALCO

MARKA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

CAP / FOL / CH 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARIC VITAC / COTAS 1º 2º 3º

VEIC. COTA ÚNICA 80.11

PREMIO TARIF. ANO (R\$) 0.32

PREMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 25/01/2019

LOCAL 11/07/2019

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

CE Nº 015038570457 BILHETE DE SEGURO DPVAT

06330716331 QSS0725 / CE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204 15666076166

EXERCÍCIO DATA DE VALIDADE 2019 11/07/2019

VA 1 06330716331 PLACA QSS0725

RENAVAM 589963783 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2012 09 9C2KC1670DR416143

PREMIO TARIFÁRIO 36.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

DATA DE OUTUBRO 25/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: KC16E7D416143



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165168/20

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

CPF: 059.258.183-77

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVAIR EVARISTO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVAIR EVARISTO PEREIRA : 059.258.183-77

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: 15/06/2020
Nome: EVAIR EVARISTO PEREIRA
CPF: 059.258.183-77

EVAIR EVARISTO PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200912834. Data da solicitação: 19/06/2020.
Nome do beneficiário: Evair Evaristo Pereira. CPF do beneficiário: 059.258.18377.
Nome do solicitante: Evair Evaristo Pereira. CPF do solicitante: 059.258.18377.

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 9.8146.5022. Tel. Comercial: () . Tel. Residencial: () .
E-mail: .

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Susp. (DESCREVER)

NÃO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fazer solicitação recadastrando e agendamento do meu processo, não concordo com a negativa, pois não estou mais em tratamento, comprovado com o laudo médico que está no processo e reenviado agora.

Fortaleza, 19 de junho de 2020.

Evair Evaristo Pereira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Dados da Reclamação**Protocolo:**

2458135/2020

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

19/06/2020 10:39:27

Dados do reclamante**Segurado:**

EVAIR EVARISTO PEREIRA

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

059.258.183-77

Formas de contato**E-mail:**

d.Lopessilva86@Gmail.Com

Telefone:

(85) 99229-6381

Endereço:

Rua John Lennon, 550, Messejana

Bairro:

Messejana

CEP:

60.841-670

Cidade:

Fortaleza

Dados da denúncia**Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

VENHO ATRAVES DESTA SOLICITAR UMA PERICIA MEDICA, POIS SOFRI UM ACIDENTE DE TRANSITO TIVE FRATURA EXPOSAT DA MINHA MÃO, FIZ CIRURGIA, REPARO DO LIGAMENTO. MESMO TENDO ENVIADO TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS PELA SEGURADORA LIDER, PRONTUARIO DE TENDIMENTO, RELATORIO CIRURGICO, BO, INCLUSIVE LAUDO MEDICO EVIDENCIANDO SEQUELAS PERMANENTES E ALTA DEFINITIVA. AINDA ASSIM A SEGURADORA NEGOU MEU PROCESSO ALEGANDO QUE EU AINDA ESTAVA EM TRATAMENTO. JA FINALIZEI TUDO INCLUSIVE AS FISIOTERAPIAS MOTORAS, MAS ESTOU COM SEQUELAS IRREVERSIVEIS, POR ESTE MOTIVO VENHO SOLICITAR MEDIDAS ATRAVES DESTE ORGAO.

Documentos

Tipo	Número	Conteúdo
Aviso de Sinistro	3200212834	

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep. Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui		19/06/2020 10:39:27

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

19/06/2020 10:39:27

E-mail enviado para d.Lopessilva86@Gmail.Com

Texto:

Prezado(a) senhor(a),

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser consultados no link abaixo, visando à abertura de processo administrativo, para apuração de irregularidades.

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo>

Esclarecemos, por oportuno, que, no âmbito de competência desta Autarquia, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores que V.Sa. considere devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro.

Endereços da SUSEP:

Rio de Janeiro - Sede
Av. Presidente Vargas, 730 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20071-900

São Paulo
Rua Formosa, 367 - 26º andar - Edifício CBI
São Paulo - SP - CEP: 01049-000

Distrito Federal
Setor Bancário Sul, Quadra 1 - BL.K - 13º andar - Ed.
Seguradora
Brasília - DF - CEP: 70093-900

Rio Grande do Sul
Rua Coronel Genuíno, 421 - 11º andar
Centro Histórico - Porto Alegre - RS - CEP 90010-350

AO ENTRAR EM CONTATO COM A SUSEP INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO.
Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

||||| Imprimir |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170786/20

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

CPF: 059.258.183-77

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVAIR EVARISTO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVAIR EVARISTO PEREIRA : 059.258.183-77

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: 19/06/2020
Nome: EVAIR EVARISTO PEREIRA
CPF: 059.258.183-77

EVAIR EVARISTO PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200220539 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA (PG 1/2/6)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E TENOPLASTIA - FIOS E ALTA (PG 4/6/7).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

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 INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO EM TRATAMENTO.
PG 4/6/7
TRATATIVA OMNI

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165168/20

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

CPF: 059.258.183-77

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVAIR EVARISTO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVAIR EVARISTO PEREIRA : 059.258.183-77

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: 15/06/2020
Nome: EVAIR EVARISTO PEREIRA
CPF: 059.258.183-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

EVAIR EVARISTO PEREIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170786/20

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

CPF: 059.258.183-77

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVAIR EVARISTO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVAIR EVARISTO PEREIRA : 059.258.183-77

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: 19/06/2020
Nome: EVAIR EVARISTO PEREIRA
CPF: 059.258.183-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

EVAIR EVARISTO PEREIRA

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212834

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVAIR EVARISTO PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220539

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVAIR EVARISTO PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220539

Vítima: EVAIR EVARISTO PEREIRA

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVAIR EVARISTO PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **EVAIR EVARISTO PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000001958**

Conta: **0000025686-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 059.258.183-77 4 - Nome completo da vítima: Evair Evaristo Pereira

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

5 - Nome completo: Evair Evaristo Pereira 6 - CPF: 059.258.183-77

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Alfredo de Leste 9 - Número: 51N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Cascavel 13 - Estado: PR 14 - CEP: 67.850-000

15 - E-mail: simplifica1@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 859.8422-3359

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1958 CONTA: 95.686 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catalão, 15 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
Impresso nº 2020320701



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 958 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/05/2020 09:06:00**
Data / Hora da Ocorrência: **13/03/2020 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **MIRANTE DA COAHB - CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência: **PRAÇA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EVAIR EVARISTO PEREIRA**
Nascimento: **21/06/1993** CPF: **059.258.183-77** UF: **CE**
RG: **20076241941** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **ROZI MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA**
CARLOS EUGENIO PEREIRA
Endereço: **RUA ALFREDO DE CASTRO, 1245**
Bairro: **PARQUE JUAREZ QUEIROZ**
Município: **CASCAVEL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98146-5022**

Histórico

Veio noticiar que estava conduzindo o veículo de propriedade de Alice Bezerra de Oliveira de placa: OSS0725CE, quando colidiu em outro veículo que seguia na contramão; Que caiu ao solo e sofreu fratura exposta no dedo da mão esquerda e lesões pelo corpo; Que foi socorrido pelas testemunhas e levado para o Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira à Messejana; Que não deseja representar criminalmente, apenas registrar o Boletim de Ocorrência para acionar o seguro DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIA AILA FARIAS ALENCAR - MAT.: 027338-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL
Impresso nº 2020320701



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 439 - 958 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/05/2020 09:06:00**
Data / Hora da Ocorrência: **13/03/2020 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **MIRANTE DA COAHB - CASCAVEL/CE**
Ponto de Referência: **PRAÇA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EVAIR EVARISTO PEREIRA**
Nascimento: **21/06/1993** CPF: **059.258.183-77** UF: **CE**
RG: **20076241941** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **ROZI MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA**
CARLOS EUGENIO PEREIRA
Endereço: **RUA ALFREDO DE CASTRO, 1245**
Bairro: **PARQUE JUAREZ QUEIROZ**
Município: **CASCAVEL/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98146-5022**

Histórico

Veio noticiar que estava conduzindo o veículo de propriedade de Alice Bezerra de Oliveira de placa: OSS0725CE, quando colidiu em outro veículo que seguia na contramão; Que caiu ao solo e sofreu fratura exposta no dedo da mão esquerda e lesões pelo corpo; Que foi socorrido pelas testemunhas e levado para o Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira à Messejana; Que não deseja representar criminalmente, apenas registrar o Boletim de Ocorrência para acionar o seguro DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CASCAVEL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIA AILA FARIAS ALENCAR - MAT.: 027338-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSAFAT ARAUJO CARNEIRO FILHO - MAT.: 30112911

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 059.258.183-77 4 - Nome completo da vítima: Evair Evaristo Pereira

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

5 - Nome completo: Evair Evaristo Pereira 6 - CPF: 059.258.183-77

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Alfredo de Lencastre 9 - Número: 51N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Cascavel 13 - Estado: PR 14 - CEP: 62.850-000

15 - E-mail: simplifica1@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 859.8422-3359

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1958 CONTA: 95.686 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 059.258.183-77 4 - Nome completo da vítima: Evair Evaristo Pereira

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

5 - Nome completo: Evair Evaristo Pereira 6 - CPF: 059.258.183-77

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Alfredo de Lencastre 9 - Número: 51N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Cascavel 13 - Estado: PR 14 - CEP: 85.850-000

15 - E-mail: simplifica1@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 859.8422-3359

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1958 CONTA: 95.686 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catalão, 15 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVAIR EVARISTO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01958

CONTA: 000000025686-6

Nr. da Autenticação BE316276DB2E6FEF

3346907

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



Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 061197474

Rota V019R57 - 4200

Referência 04/2020

Nome CARLOS EUGENIO PEREIRA

Endereço RU ALFREDO DE CASTRO, 00000 - 00000, CENTRO,
62850-000, CASCAVEL

Classificação Comercial

Modalidade Tarifária B3 OUTROS

Ligação Trifásico

Emissão 27/04/2020

Medidor 3665993-FAE-299

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 31 dias

Anterior 27/03/2020

Atual 27/04/2020

Próxima prevista 27/05/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	24,044	23,374	1,00	1,00	0,00	1,00	0,12320	12,52

DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

JUROS MORATÓRIOS

CUSTO DE DISPONIBILIDADE

COB VIVER BEM FAMILIAR - 0800 6000560

TARIFA

VALOR (R\$)

22,45

3,20

72,52

19,90

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	72,52	27,00	19,58
PIS	0,00	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00	0,00

05/05/2020

118,07

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

426.505.693-87

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

Emitido kg (CO₂) 27,32 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0,00%

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETTRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2020/03 Valor R\$138,08). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO DE PROTESTO. Poderá ser faturado custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
EVAIR EVARISTO PEREIRA

DADOS PESSOAIS

Nº DO PRONTUÁRIO
5174817

Nº DO RE
397719

SEXO
M

RACIA COR
PARDO

NOME MÃE
ROZY MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA

DOCUMENTOS

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05925818377

NOME RESPONSÁVEL
NI

MUNICÍPIO
FORTALEZA

UF
CE

ENDEREÇO
RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR 1945 PAUPINA

CONTATO
(85)98146-8022

CEP
60.872-560

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DA DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

QUANTO
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO COM MOTO FRATURA EXPOSTA

SINTOMAS
DOR

RESPOSTA VITALIS

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

TEMPERATURA
NI °C

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ROSILENE GOMES DE BRITO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
13/03/2020 19:58:44

CLAS
L

CAO
JJA

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

*Fratura deformada do 5º art de
mão e
Sol de do mão E AP/Obligado
Lesão punho local*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

Dr. Wendel Alcântara Mendes
CRM: 06.112.537-5 BOT 16025
Ortopedia e Traumatologia

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por Rosilene Gomes de Brito em 13/03/2020 19:58:44

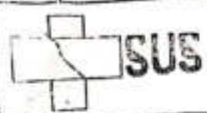
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal

EVAIR EVARISTO PEREIRA

Anno 111
CONFERE COM ORIGINAL
27/10/2020

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1573
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

VUISO 012690031881

	Ministério da Saúde	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>EVA IR GUMASTO PEREIRA</i>	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO
9 - SEXO Masculino ☐ Feminino ☒	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ret c/ pat exp G1 do 5º QUART c/ desvio</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de complicação</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + EF + Rx</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exp 3º art</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento de pat exp</i>	25 - CÓDIGO ICD 10
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>13/03/2020</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO ☐	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SELEX
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CTP
☐ EMPREGADO	☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO	☐ DESEMPREGADO	☐ APOSENTADO	☐ NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 04.685.197/00012-05
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
		Messejana - Cep: 60.864-810
		For. GRÁF. DEBO - SAI Ceará - 005

Anno Lilly
CONFERE COM ORIGINAL
27 104 13020

PACIENTE: EVAR GUARISTO PEREIRA

DATA OPERAÇÃO: 02/04/2020

ENFERMARIA: _____

LEITO: Dr. Tadeu M. Nobrega
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CRM 5619 TEO 7643

1º AUXILIAR: DR. TADEU

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

ANESTESISTA: Dr. Anthony Mendonça

TIPO DE ANESTESIA: BLOCADO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DA MÃO (E)

TIPO DE OPERAÇÃO: OSTEOSSÍNTESE + TENOPLASTIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 MESMO

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA: _____

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: SIM

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: NÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS DE LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCEIS

- (1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- (2) ASSESSORIA + ANESTESIA + CIRCULÇÃO C/ RUS
- (3) ACESSO LATERAL NO 5º DADO (E)
- (4) TENOPLASTIA DO TENDÃO EXTENSOR
- (5) REDUÇÃO CIRCUNTA + FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE K
- (6) RECONSTRUÇÃO DO PLACAR + CURATIVO
- (7) TELA COSSADA

Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
Chefe da Clínica e Cirurgia
CRM 13292 / RQE 8123

Ano 11
CONFERE COM ORIGINAL
27/04/2020

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Gráf. HDEBO-SAME Desc. Oper. (1)

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
EVAIR EVARISTO PEREIRA

DOCUMENTOS
CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05925818377
NOME RESPONSÁVEL
NI
ENDEREÇO
FORTALEZA
CE
60.872-560

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
21/06/1993(26 ANOS)

Nº DO PRONTUÁRIO
5174817
SEXO
M
NOME MÃE
ROZY MEIRY EVARISTO CARVALHO PEREIRA

Nº DO RE
397719
NACIONALIDADE
PARDO

ENDEREÇO
RUA PADRE PEDRO DE ALENCAR 1945 PAUPINA
CONTATO
(65)98146-5022

OCCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DA DO ACIDENTE

QUALIDADE
PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO COM MOTO FRATURA EXPOSTA
SINTOMAS
DOR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
GLUCOSE
L. CA
L. JA

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

SINAIS VITAIS
SAT %
NI%

PULSO
NI

GLUCEMIA
NI

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
13/03/2020 19:58.44

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

SINUS/STENO

SINUS/STENO

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

COD. PROCEDIMENTO

CD

() OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Wendel Alcântara Mendes
CRM: 0514253-7 SBO 16025
Ortopedia e Traumatologia

impresso por rosilene gomes de brito em 13/03/2020 19:58.44

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

EVARISTO PEREIRA

LAPO
skeletalatório

Assinatura
ORIGINAL
27.10.2020

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Amélia Lima 1573
M. São José - 60.811-100
Fortaleza - CE



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1878 - CNPJ: 04.805.377/0012-98 - Mensajaria - 61 - 3103.1549

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

LAUDO MEDICO

Paciente, EVAIR EVARISTO PEREIRA

VITIMA DE ACIDENTE NO DIA

13/03/2020, havendo FRATURA

DE FALANGA PROXIMAL DO 5º QUIRODACTILO

ESQUERDA, SENDO OPERADA NO

FATORINHA DA MESSAJANA

NO MOMENTO FRATURA CONSOLIDADA,

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DA ART. INTERFALANGIANA

PROXIMAL DO 5º QUIRODACTILO (E)

ALTA AMBULATORIAL NA FATORINHA MESSAJANA

CID: 62.6

Fortaleza, 01 de 06 de 2020.

Dr. Ronaldo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC. 17019

Dr. Ronaldo Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC. 17019

Digitalizado com CamScanner

USO EXCLUSIVO DO MODELO - Mensajaria